10810

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

LONG-TERM CARE FACILITIES ACTIVITY

(Section 3.04, 2002 Annual Report of the Provincial Auditor)

4th Session, 37th Parliament
52 Elizabeth II

National Library of Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Long-term care facilities activity (Section 3.04, 2002 Annual report of the Provincial Auditor)

Text in English and French with French text on inverted pages.
Title on added t.p.: Établissements de soins de longue durée (Rapport annuel du vérificateur provincial 2002, section 3.04)
ISBN 0-7794-5137-6

I. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care—Auditing. 2. Long-term care facilities—Ontario--Evaluation. I. Title. II. Title: Établissements de soins de longue durée (Rapport annuel du vérificateur provincial 2002, section 3.04)

RA998.C2 O56 2003 362.1'6'09713 C2003-964013-2E

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

The Honourable Gary Carr, M.P.P.,
Speaker of the Legislative Assembly.

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

John Gerretsen, M.P.P.,
Chair.

Queen's Park
July 2003

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

4th SESSION 37th PARLIAMENT

JOHN GERRETSEN
Chair

BRUCE CROZIER
Vice-Chair

GARFIELD DUNLOP

JOHN HASTINGS

AL MCDONALD

RAMINDER GILL

SHELLEY MARTEL

RICHARD PATTEN

Anne Stokes
Clerk of the Committee

Elaine Campbell
Research Officer

CONTENTS

PREAMBLE 1
Ministry Response to Committee Report 1

1. OVERVIEW 1

2. AUDIT OBJECTIVES AND SCOPE 2
2.1 Overall Audit Conclusions 3

3. MONITORING QUALITY OF CARE 3
3.1 Annual Inspections 4
3.2 Health and Safety of Residents 6
Complaints 6
Unusual Occurrences 7
Outbreaks of Contagious Infections 7
3.3 Facility Licences and Service Agreements 9
Facility Licences 10
Service Agreements 10

4. PER DIEM FUNDING 11
4.1 Level-of-care Classifications 11
4.2 Reasonableness of Per Diem Funding 11
PricewaterhouseCoopers Report 13
July 31, 2002 Funding Announcement 13
Incontinence Supplies 15
4.3 Annual Reconciliations 15
4.3.1 Reconciliation Process 16

5. THE LONG-TERM CARE REDEVELOPMENT PROJECT AND THE SUPPLY OF LONG-TERM CARE BEDS 17
Sustainability Program 18
Appendix 20

6. PERFORMANCE MEASURES 20
Resident Assessment Instrument 21

7. LIST OF COMMITTEE RECOMMENDATIONS 22

NOTES 24

APPENDIX

PREAMBLE

The Provincial Auditor reported on the Long-Term Care Facilities Activity in Section 3.04 of his *2002 Annual Report*. The Standing Committee on Public Accounts held hearings on this audit report on February 27, 2003, with representation from the Ministry of Health and Long-Term Care. This report constitutes the Committee's findings and recommendations.

s

The Committee extends its appreciation to the officials from the Ministry for their attendance at the hearings. Furthermore, the Committee acknowledges the assistance provided during the hearings by the Office of the Provincial Auditor, the Clerk of the Committee, and staff of the Legislative Library's Research and Information Services.

Ministry Response to Committee Report

The Standing Committee on Public Accounts endorsed the Provincial Auditor's 2002 report on the Long-Term Care Facilities Activity and recommended the implementation of his recommendations by the Ministry of Health and Long-Term Care.

The Committee has prepared supplementary recommendations in this report, based on its findings during the hearings. *The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a comprehensive written response within 120 calendar days of the date of tabling with the Speaker of the Legislative Assembly of Ontario, unless otherwise specified in a recommendation. In the event that the Ministry requires additional time to prepare a response to this report, it would be appreciated if the Deputy Minister's office contacted the office of the Committee Clerk to determine a revised deadline.*

1. OVERVIEW

Long-term care facilities (nursing homes and homes for the aged) provide care and services to those unable to live independently and who require round-the-clock nursing services. They operate under the authority of the *Nursing Homes Act*, the *Homes for the Aged and Rest Homes Act*, and the *Charitable Institutions Act*, which, along with their regulations, specify admission and resident care requirements, residents' rights, facility responsibilities, and Ministry obligations. Rest and retirement homes do not receive Ministry funding and are not covered by these acts.

Admissions are arranged by designated placement co-ordinators. An individual's eligibility for admission is determined by an assessment of their impairment or capacity, and an assessment of information relating to their requirements for medical treatment, health care or other personal care.

The Ministry's key responsibility is to ensure that facilities deliver services in accordance with their service agreements with the Ministry, and in compliance

with applicable legislation and policies. Ministry oversight is handled by seven regional offices. Funding is provided through Integrated Health Care Programs.

In 1998, the government announced an eight-year plan to provide 20,000 new long-term care beds and to renovate non-compliant facilities containing 13,583 beds. In March 1999, it announced that the new beds would be completed by 2004. The number of beds to be renovated by 2006 in structurally non-compliant facilities was later revised to 15,835. In early 2000, a Long-Term Care Redevelopment Project (LTCRP) office was established to take over responsibility for the plan.

Facility funding is provided through four distinct per diem/funding envelopes: nursing and personal care; program and support services; raw food; and other accommodation costs (e.g. administration, housekeeping, dietary services, and building maintenance). The daily rate for each is set by regulation.

Per diems are the same for all facilities, except for the nursing and personal care rate, which is based on an assessed level of care for each resident.

Residents make co-payments for their accommodation and food. The maximum daily rate paid by a resident for basic accommodation is $47.53.[1] Residents in basic accommodation who do not have sufficient income can apply for a rate reduction. If a resident pays less than the basic rate, the Ministry makes up the difference. Residents can be charged a premium for semi-private and private accommodations.

As of March 2002, there were approximately 60,000 residents in 558 long-term care facilities. In 2001/02, facilities received approximately $1.6 billion from the Ministry and approximately $793 million in accommodation charges from residents.[2] The Ministry was to provide the Program with nearly $1.8 billion in 2002/03, an increase of $700 million since 1995.[3]

2. Audit Objectives and Scope

The audit's objectives were to assess whether the Ministry had adequate procedures in place to:

- ensure that resources were managed with due regard for economy and efficiency;
- ensure that facilities providing long-term care were complying with applicable legislation and Ministry policies; and
- measure and report on the Activity's effectiveness.

Audit work was substantially completed by May 2002. The audit's scope included a review and analysis of information available at the Ministry's head office, three regional offices and the LTCRP office. Discussions were held with appropriate staff and a number of long-term care facilities were visited.

The Auditor's staff met with representatives of the Ontario Long-Term Care Association (OLTCA), and the Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors (OANHSS). Together these associations represent most of the owners/operators of long-term care facilities in Ontario.[4]

2.1 Overall Audit Conclusions

In certain significant respects, the Ministry did not have all of the necessary procedures in place to ensure that long-term care resources are managed with due regard for economy and efficiency, and that long-term care facilities are complying with applicable ministry policies. The Auditor further concluded that the Ministry's procedures for providing adequate accountability to the public and ensuring that facilities provide services efficiently and effectively were impaired because:

- Financial information submitted by facilities was not sufficient to allow the Ministry to determine whether funds had been used in accordance with the Ministry's expectations.
- The Ministry had not developed outcome measures that addressed the appropriateness of services provided, including the quality of care received by residents.[5]

A number of similar concerns were also reported in the Auditor's *1995 Annual Report*.

Program-specific observations and conclusions appear under the appropriate headings in this report.

3. Monitoring Quality of Care

The primary tool for monitoring quality of care is the Compliance Management Program (CMP). Under the terms of the CMP, the Ministry is to conduct annual inspections of all facilities, conduct other inspections as required by specialists, and investigate complaints.

Regional offices are responsible for the CMP. Each is staffed by a long-term care manager and compliance advisors (registered nurses). Some also have an advisor(s) to handle more specialized reviews. Compliance advisors inspect facilities to ensure compliance with the Ministry's *Long-Term Care Facility Program Manual* (the *Manual*). Facilities that fail to meet these requirements must take appropriate and timely corrective action. A facility can be put under enforcement if standards continue to be unmet.

In July 2000, the Minister announced a full evaluation of the CMP.[6]

3.1 Annual Inspections

The three long-term care facilities acts give the Ministry the right to inspect facilities to ensure compliance with legislation and regulations, service agreements and/or licences. Ministry policy says reviews will be conducted at least once a year. The annual inspection monitors and evaluates the quality of resident care and services, the quality of programs, and the overall operation of each facility. Its results are to be posted in each facility.

Fewer than half of the facilities were inspected annually between 1997 and 1999. In 2000, it was announced that all facilities would be inspected on a yearly basis. All were inspected in 2001. Audit staff reviewed the inspection process and noted that senior management did not routinely review inspection findings.

Audit staff also noted that the Ministry lacked a formalized risk-assessment approach for prioritizing inspection procedures or focusing on facilities with a history of failing to meet provincial quality standards. The two associations representing facility operators told audit staff that their members reported that compliance standards were not applied consistently.

Facilities may be notified up to a week in advance of an upcoming annual inspection. Some may use the time to prepare for the inspection, leading to results that may not reflect the ongoing care provided.

A compliance advisor can refer issues to advisors specializing in environmental health, dietary, financial, and medical services. While there has not been a medical advisor available for the last five years, medical advice is sought when needed. However, none of the three regions visited had an environmental advisor, and only one had a dietary advisor. Compliance advisors also lacked guidance as to when a referral was appropriate.

Focused audits are part of the annual inspection process. They require compliance advisors to select the case files of six residents from each facility to investigate areas considered to be of highest risk to residents. The results are used to reach conclusions on the adequacy of care provided by a facility. Sampling methodology was left to the discretion of each compliance advisor. Audit staff reviewed a sample of annual review files and noted that in 92% of the cases, fewer than six case files were reviewed. Furthermore, they found no evidence to indicate that management had reviewed and approved the adequacy of the sample size used. A similar concern was raised in the 1995 annual report.

The Auditor recommended that the Ministry ensure senior management assesses the results of annual facility inspections, implements a formalized risk-assessment approach for its annual inspections, ensures consistency in the application of standards, establishes acceptable notification periods and conducts surprise annual inspections of high-risk facilities, and evaluates the experience and skills required to inspect facility operations and ensure the appropriate mix of specialists is available.[7]

Committee Hearings

The Ministry had performed 100% of its inspections in 2001 and 2002. The reports produced must be posted by individual facilities so that they are accessible to residents, family members and advocacy groups. Consideration is being given to conducting surprise annual inspections in the future. The Ministry has had the right to conduct surprise visits and has usually done so in response to complaints and concerns.

In order to meet the needs of the CMP, recruitment for vacant advisor positions is ongoing.

The core of the CMP review is further development of a risk-assessment approach that may include additional risk factors that will act as triggers for action by compliance staff and senior management. These would be in addition to actions already triggered by reports from the CMP team.

Ministry staff pointed out that while it is assumed that the vast majority of operators are conscientious, the Ministry must have a detailed inspection process in place for those instances when there is a need to move to a more serious level of enforcement or compliance.

The Ministry has the ability to suspend admissions or apply other enforcement procedures. In the year preceding its appearance before the Committee, it had suspended admissions at four out of 538 homes. Very strict standards have to be met before such an action can be imposed. Only the Director of the Long-Term Care Facilities Branch can sign a suspension order. That individual is briefed by the local program manager and the compliance officer, and provided with legal advice, prior to making a decision.[8]

Supplementary Information

From February 1, 2003, to March 24, 2003, there were 132 unannounced visits conducted across the province.

As of April 23, 2003, there were 44 compliance advisors (including two part-time), 5.5 dietary advisors (two vacancies) and five environmental advisors (two vacancies) in the Ministry's seven regions. The estimated number of compliance advisors in 1995 was 27 (25 full-time equivalents and two contract).[9]

Committee Recommendations

The Committee appreciates that the Ministry is in the midst of a review of its compliance management program (CMP). Nevertheless, the inspection issues raised by the audit require more immediate attention.

The Committee therefore recommends that:

1. The Ministry report to the Committee on the status of the compliance management program (CMP) review and on the progress it is making in responding to the Auditor's recommendations respecting annual inspections.

2. The Ministry provide the Committee with the number of surprise or unannounced annual inspections it conducted from February 1, 2003, to March 24, 2003.

3.2 Health and Safety of Residents

This section of the Auditor's report focussed on three areas related to the health and safety of long-term care facility residents: complaints, unusual occurrences, and outbreaks of contagious infections.

Committee Hearings

Before responding to the specific areas discussed by the audit, Ministry staff told the Committee that they demonstrated their commitment to the health and safety of residents through their reviews of care and services. These reviews have the following key components:

- program and service reviews – examinations of facility operation to assess compliance with established standards and criteria;
- indicator identification and analysis – focused audits and in-depth reviews of residential care; and
- reviews of staff deployment – to assess the allocation of staff in accordance with residents' needs as well as the staffing information submitted with the service agreement.

Ministry staff stated their commitment to improving data entry systems and information management with respect to complaints, unusual occurrences and outbreak situations, and, in the future, to using these data to identify and resolve any systemic problems.[10]

Complaints

All complaints against a facility must be investigated within 20 days of being received. At the time of the audit, regional compliance advisors conducted all complaint investigations. Until its discontinuation in June 1999, the Ministry's enforcement unit investigated the more serious complaints.

The Ministry tracks response times, and the nature and source of the complaint. The Auditor's staff analyzed complaint information recorded in the Facility Monitoring Information System (FMIS). In the previous two years, 83% of complaints had been investigated within the required 20 days, but performance

varied greatly across regions. The Ministry had no procedures for analyzing complaints in order to identify and address facility/system weaknesses.

The Auditor recommended that complaints be investigated and responded to in a timely manner, and assessed in relation to annual facility inspection results to identify and resolve systemic problems.[11]

Committee Hearings

The Ministry diligently practices its policy with respect to complaints but is continually striving to improve. Sometimes information goes into the system very promptly; at other times it can take more than 20 days. In those instances, a complaint is not considered resolved until the very last piece of data is entered. The Ministry is looking at timelier reporting standards and reinforcing the importance of getting notes written up quickly. The compliance management program (CMP) review is also considering ways to improve response time.[12]

Unusual Occurrences

An unusual occurrence is one "that poses a potential or actual risk to the safety, security, welfare, and/or health of a resident, or to the safety and security of the facility which requires action by staff."[13] Facilities are required to report all such occurrences to their regional office. Compliance advisors review the details and consider what action, if any, is necessary.

At the time of the audit, there was no requirement to record unusual occurrences in FMIS. However, for the two regions that did, audit staff found a total of 1,600 unusual occurrences for calendar year 2000 and 1,900 for 2001. Audit staff also reviewed unusual occurrence reports for a sample of facilities in the regions visited, and found that facilities that exhibited a higher number of repetitive, serious non-compliance issues and complaints also experienced a higher number of unusual occurrences.

The Auditor recommended that unusual occurrences be reported to the Ministry and recorded in the FMIS on a timely basis, and that they be assessed in relation to annual facility inspection results to identify and resolve systemic problems.[14]

Committee Hearings

Ministry staff indicated that they follow up on unusual occurrences, either at the time of the occurrence or during an annual facility review.[15]

Outbreaks of Contagious Infections

Facilities are required to report all outbreaks of contagious infections to their regional offices. This helps to identify outbreak prevalence and emerging trends, ensure outbreak information is relayed to appropriate personnel, and ensure that information relating to outbreaks is complete.

The Ministry relies on local public health departments to assess and respond to outbreak information.

For each reported outbreak, a document is prepared, reviewed by the regional compliance advisor, and filed in the appropriate facility's file. Regional offices are required to maintain an outbreak log.

At the time of the audit, only four of the seven regional offices were recording outbreaks in FMIS. Those four regions reported 219 outbreaks in 2001, affecting over 7,500 residents and staff. Two of the offices that did not maintain their logbooks on FMIS were visited. The logbook of one indicated an additional 80 outbreaks in 2001 but contained no indication of how many people were affected. The second did not maintain a logbook at all.

For the regions that did record outbreaks in FMIS, audit staff noted one accounted for 62% of all outbreaks in 2001. This was consistent with the previous three years; however, it was unclear whether there was a problem with regional infection control practices or whether facilities in other regions were not accurately reporting all outbreaks. No effort had been made to correlate the number of outbreaks per facility with the unmet criteria identified in annual inspections.

The Auditor recommended that outbreaks of contagious infections be reported to the Ministry and recorded in the FMIS on a timely basis, and that outbreaks be assessed in relation to annual facility inspection results to identify and resolve systemic problems.[16]

Committee Hearings

The Ministry has strict protocols and procedures to ensure resident safety in outbreak situations. Local officials determine when to declare a facility in outbreak status, and monitor its progression and resolution. When asked if consideration was being given to requiring that outbreaks be recorded in FMIS, Ministry staff said that documentation could be improved but protocols were in place.[17]

Committee Recommendations

The timely and systematic reporting and analysis of complaints, unusual occurrences and outbreaks of contagious infections is essential to maintaining the health and safety of residents of long-term care facilities.

The Committee therefore recommends that:

3. The Ministry enforce more timely reporting standards and require that all regions record complaints, unusual occurrences and outbreaks of contagious infections in the Facility Monitoring Information System (FMIS).

4. The Ministry introduce procedures to analyze complaints, unusual occurrences and outbreaks of contagious infections in order to identify and address trends in facility/system weaknesses, through systemic, coordinated action.

3.3 Facility Licences and Service Agreements

The *Nursing Homes Act* requires that no facility be established, operated or maintained without a licence. Licences expire and must be reviewed annually. They may be revoked or their renewal refused if the licensee contravenes the legislation. There are no licensing requirements for municipal and charitable homes, but all facility operators are required to have a signed service agreement with the Ministry. At the time of the audit, none of the nursing homes in operation had a valid licence.

According to Management Board of Cabinet's Directive on Transfer Payment Accountability, a signed agreement must be in place prior to a ministry advancing any funds. It was noted that the Ministry of Health and Long-Term Care's practice is to finalize and sign annual service agreements after the funding year has passed. At the time of the audit, none of the service agreements for the 2001 and 2002 calendar years had been signed. Audit staff also noted that the Ministry did not take into consideration whether or not the facilities were in compliance with Ministry standards at the time service agreements were signed.

The Auditor recommended that the Ministry ensure that all facilities have valid service agreements and that each facility's compliance status be taken into account. He also recommended that the Ministry ensure that all nursing homes have valid licences, as required by legislation.

The Ministry was undertaking a review of the management process supporting service agreements at the time of the audit. The 2001 and 2002 agreements were to be distributed to facility operators by October 31, 2002. The 2003 agreements were to be distributed by December 31, 2002.[18]

Committee Hearings

Compliance advisors monitor facility compliance with legislation, regulations, policies, service agreements, and the standards and criteria contained in the facility program manual.

The Minister and the Director of Long-Term Care Facilities have the authority to impose sanctions on facilities. The Ministry is reintroducing support for the enforcement function at head office and has hired an enforcement coordinator, who will coordinate the corporate compliance and enforcement unit. This unit will be responsible for monitoring high-risk facilities, coordinating enforcement activities, improving data collection and analysis, developing educational programs for compliance staff, and other operational support.

Facility Licences

Licences are in place for nursing homes. They are a financial instrument for the owner to demonstrate equity and are deemed to continue from the point the operator applies. They are not directly related to care or to compliance.

Members were told that most people would look to a posted report on an annual inspection for assurance that rules were being followed and standards maintained. They were reminded that only nursing homes are licensed, meaning about half of all long-term care facilities are not licensed. They also heard that the compliance management program (CMP) review includes an examination of ways of establishing a uniform approval process for all three types of facilities.

All eligible nursing homes had valid licences as of September 1, 2002. Members were assured that licences would remain caught up.[19]

The Committee notes that under section 13 of the *Nursing Homes Act*,

> The Director may revoke or refuse to renew a nursing home licence where,
>
> (a) the licensee is in contravention of this Act or the regulations or of any other Act or regulation that applies to the nursing home;
>
> (a.1) the licensee has breached the service agreement with the Crown in right of Ontario relating to the nursing home;[20]

Service Agreements

The Ministry is reviewing the management process supporting service agreements. The 2001 and 2002 agreements had been distributed. Operators would receive the 2003 editions by April 30, 2003. The delay was said to be due to information requirements.[21]

Ministry staff were asked why they would not refuse to sign a service agreement until a facility was in compliance. Committee members were told that the first objective was to rectify the situation. A CMP for a vulnerable population wants to ensure that penalties do not have an unintended negative consequence. In the case of a serious breach, the Ministry can apply to take over an organization. However, it would probably suspend admissions before making such an application.[22]

Supplementary Information

Compliance staff may identify areas where facilities are not in compliance with one or more standards or criteria as set out in the *Manual* when they conduct reviews/inspections. When this occurs, facilities are required to provide a compliance plan within 14 days, to be reviewed by the Ministry, addressing how they would bring their facility into compliance. Immediate action may need to be

initiated to correct areas of risk prior to submission of the plan. For areas of non-compliance with the legislation and regulations, facilities have seven days to submit their compliance plan.[23]

Committee Recommendations

The Committee recognizes the Ministry's decision to provide additional support for its enforcement function with the hiring of an enforcement coordinator.

The Committee therefore recommends that:

5. The Ministry ensure that practices are in place to ensure that licences are kept current in accordance with the *Nursing Homes Act* and that all long-term care facilities have valid service agreements that take into account their compliance status.

6. The Ministry report on the work of the enforcement unit and the progress it is making with respect to monitoring high-risk facilities, coordinating enforcement activities, improving data collection and analysis, and developing educational programs for compliance staff.

4. Per Diem Funding

4.1 Level-of-care Classifications

Level-of-care classifications are determined through an annual classification assessment of residents at each facility. Assessors[24] review resident charts and plans of care. Residents are classified into one of seven nursing and personal care categories. Each category is assigned an established weight based on assessed resident needs. The percentage of residents in each category is multiplied by weighting factors to determine a facility's case-mix measure (CMM). The ratio of the facility's CMM to the provincial average produces a case-mix index (CMI), which is multiplied by a set per diem rate to determine the funding a facility will receive per resident.

Facility funding through the nursing and personal care funding envelope in 2001/02 totalled approximately $1.1 billion of the $1.6 billion provided by the Ministry to long-term care facilities.[25]

4.2 Reasonableness of Per Diem Funding

In 1995, the Auditor recommended that the Ministry use information on the cost of providing care and accommodation to verify the accuracy of the standard rates paid in each envelope. Periodic adjustments have been made, but the Ministry has not done a detailed analysis to determine an appropriate amount of funding.

In June 2000, the Ministry established a committee to review how funding was determined, allocated and distributed, and to recommend improvements to the

per-diem-based methodology. The committee recommended increases in each envelope, but did not discuss funding adequacy.

For the two years previous to the audit, the Ministry produced reports that listed the actual amount spent per resident per day for each type of expense and for each funding envelope for each facility. Cost data is accumulated by sector within each region. Audit staff reviewed the 1999 reports for the three regions visited and noted large variances among the sectors and among facilities in expenditures for nursing and personal care, and in accommodation expenses.

In 1995 the Auditor recommended the development of standards to measure the efficiency of facilities in providing quality care, and the development of models for staff mixes for providing nursing and personal care to arrive at appropriate funding levels. Prior to 1996, the Ministry required each facility to have an RN on duty and on site at all time. It guaranteed, as a minimum, sufficient funding to ensure that each nursing home resident received, on average, a minimum of 2.25 hours of nursing and personal care per day. This funding was to be provided regardless of the overall care needs of residents in each nursing home.

In 2001 the Ministry provided funding for PricewaterhouseCoopers to compare and review the level of services provided to residents of Ontario's facilities and those provided in other jurisdictions in Canada, the U.S., Europe, and Ontario's chronic care facilities. The report considered only the amount of care provided. Data for many of the comparative jurisdictions predated the Ontario data by three to five years. Several of those jurisdictions were required to submit the data for funding purposes, which the consultants thought might influence data quality. Even with these caveats, the report stated that the study results indicated that residents of Ontario facilities received fewer nursing and therapy services than similar jurisdictions with similar populations. Ontario residents also had some significant differences in terms of their levels of depression, cognitive levels and behavioural problems which indicated higher needs for service levels to meet higher care requirements.

The audit found no evidence that the Ministry had addressed the study's results. It also noted that 36 U.S. states had established staffing requirements or standards. At the time of the audit, the Ministry did not have any staffing requirements and did not track facility staff-to-resident ratios, the number of RN-hours per resident or the mix of registered and non-registered nursing staff.

The Auditor recommended verifying the reasonableness of current standard rates for each funding category, developing standards to measure the efficiency of facilities providing services and developing appropriate facility staffing standards.[26]

Committee Hearings

Effective August 1, 2002, nursing and personnel care funding was increased by $100 million, to $6.33 per resident per day. The total per diem for a facility with

average care levels is $110.73. The Ministry has recognized the need to implement an improved assessment instrument which will assist in developing staffing standards and outcome measures to improve resident care. It has been investigating the feasibility of a new resident classification instrument and funding methodology.[27]

PricewaterhouseCoopers Report

Ministry staff acknowledged that the study results did not reflect positively on Ontario, but said the public should not be alarmed or take the results at face value.

Nursing and personal care issues raised in the study led to the additional $100 million for that envelope, announced in the summer of 2002. About 48% of the total per diem in 1993 was represented by nursing and personal care; today it is 54%. Overall funding for long-term care facilities was said to have increased by 56% over the past seven years. This calculation includes the expanded bed stock. If the bed stock were removed, the per diem would have increased by 36%.

Members were also told that many of the study's comparative jurisdictions do not separate higher levels of care such as chronic care. Ontario has a chronic care system. If the more than $300 million a year for approximately 7,000 complex continuing care patients was factored into the per diem, it would be higher. Other monies supplied through special funds were not included either.

In light of the study's results, the Auditor recommended facility staffing standards and spoke of their effect on the determination of levels of care. This led to Ministry staff being asked when such standards would be introduced.

The Ministry advised the Committee that it is acting on the PricewaterhouseCoopers report's recommendation that it introduce the minimum data set (MDS) system of resident classification, which will provide much more information about activities in long-term care facilities.[28] (This is discussed at greater length in section 6 of this report, 'Performance Measures'.)

July 31, 2002 Funding Announcement

On July 31, 2002, the Associate Minister of Health and Long-Term Care announced $198 million to improve the delivery of long-term care services. The $100 million for nursing and personal care services would add 2,400 nurses and personal care workers to the long-term care sector. This represented approximately 3.9 full-time equivalent nursing and personal care staff per 100 bed facility.[29]

Use of Funds

When asked how many new nurses and personal care aides had been hired since the announcement, Ministry staff said they were about to conduct a comprehensive paper survey of all long-term care facilities to determine how the money has been spent. The survey was going to be field-tested that week and would probably go out within the next 10 days. It was expected that two months

would pass before the Ministry had received all of the data and was able to analyze it.

The average facility would have received an additional $6.33 on their per diem per bed. The money started to flow in August 2002, at which time facilities would have known how much funding they would receive. However, the Ministry felt it reasonable to wait to do the survey until people had a chance to actually invest the money. (An earlier telephone survey had not provided the required level of detail.) When asked if the results of the survey would be tabled, Ministry staff reported that no decision had been made.

The exchanges between Members and Ministry staff included references to a survey of facilities conducted by the Ontario Nurses Association (ONA). That survey had found that some of the money had been put to uses such as covering current deficits or budget shortfalls. It was also suggested that some homes for the aged sent some of the money to municipalities.

Ministry staff acknowledged meeting with the ONA and being told about the survey. While nothing they heard was startling enough to warrant immediate action, they told the ONA (and later the Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, and municipalities) that they would follow up on the information provided. A decision was then made to conduct the Ministry's own survey.

The new money was provided according to rules found in the Ministry manual(s). (Ministry staff were reluctant to be specific about allowable uses within the nursing and personal care envelope without consulting appropriate sources, although they did say that a deficit was not an eligible expenditure.) Regional staff would know what was and was not allowable within the envelope.

Money not spent in accordance with the manual(s) would be recovered. Members were assured that violations would lead to action on the part of the Ministry.[30]

Supplementary Information

The nursing and personal care per diem provides for the salary and benefits of registered nurses, registered practical nurses and health care aides who are involved in direct resident care. It also provides for nursing and personal care administration costs, including salary and benefit costs for the director of nursing, nurse managers and unit clerks, and the cost of medical and nursing supplies, and equipment.

Facilities are funded through the nursing and personal care envelope for all statutory costs. Items eligible under the funding formula include employer contributions to: CPP; EI; the Employer Health Tax; the WSIB; other pension and insurance plans; and other employee-related costs not included in salaries.[31]

Incontinence Supplies

As a result of a funding policy change effective August 1, 2002, incontinence supplies are now eligible expenditures reported and funded under the nursing and personal envelope rather than the other accommodation envelope.[32] There has been no corresponding decrease in funding for the other accommodation envelope.

The Ministry has estimated the value of the new arrangement to be about $26.7 million. Ministry staff were asked how the money remaining in the other accommodation envelope was being spent.

Moving the money to the nursing and personal care envelope meant better tracking of expenditures on incontinence, which affects 86% of facility residents. Money in the other accommodation envelope has been freed to help pay such items as utility bills. Ministry staff agreed that the other accommodation envelope was the only envelope in which an operator can take a profit or surplus.[33]

Committee Recommendations

The results of the comprehensive survey could have broad implications for the government's funding of long-term care facilities and the policies governing that funding's distribution and use.

The Committee therefore recommends that:

7. The Ministry provide the Committee with a summary of the comprehensive survey's findings regarding the additional nursing and personal care funding announced in July 2002 and the actions, if any are deemed necessary, it is taking to recover money spent on ineligible purposes.

8. The Ministry undertake a detailed analysis to ensure that the appropriate amount of funding is allocated to each of the four funding envelopes.

9. The Ministry report on its progress in assessing resident care and staffing needs.

4.3 Annual Reconciliations

Each facility is required to submit an audited annual report to its regional office in order to compare actual to approved expenditures and determine whether a final funding adjustment is necessary.

The audit noted that the Ministry had not established timelines for completing these reconciliations and that surpluses were not being recovered promptly. Late recoveries of excess funding for the 1999 calendar year alone cost taxpayers at least $5 million in interest expenses.

For the 1999 calendar year, the Ministry did not forward annual report forms to facilities until April 2001. Most operators completed and returned the forms within 90 days of receipt. Regional office staff did not begin the reconciliation process until the fall of 2001. Forms for the 2000 calendar year were sent to operators on February 25, 2002.

Most facilities have surpluses because the Ministry regularly underestimates facility revenue from resident payments because some residents are eligible for rate reductions. Facilities are allowed to reduce the basic resident rate for ward accommodation for residents in financial need without Ministry authorization.

Although financial analysts in the regional offices were adjusting in-year payments based on more recent estimates of resident revenue, there were inconsistencies in the approaches among regions. Ministry staff advised audit staff that, beginning July 1, 2002, the process for in-year adjustments would be standardized.[34]

4.3.1 Reconciliation Process

Funding provided to facilities within each envelope is intended to cover eligible expenses as outlined in the *Manual*. Except for funds received for certain accommodation costs, facilities must return all unspent funds to the Ministry.

Audit staff reviewed the financial information submitted by facilities and found insufficient information to determine whether funds within each envelope were used for their intended purposes. Most of the Ministry's regional financial analysts surveyed agreed that the information was inadequate.

A number of operators also operated retirement homes on adjacent premises. Retirement homes do not receive Ministry funding but may share some services and staff with affiliated long-term care facilities. In three regions, the Ministry identified 69 facilities with attached retirement homes. Long-term care facilities are not required to submit a full set of audited financial statements, so the Ministry does not know whether operators are properly allocating costs.

The Auditor recommended that the audited financial information provided by facilities meet Ministry needs and that reconciliations are completed and surpluses recovered on a timely basis.[35]

Committee Hearings

The Ministry plans to review the form and content of information currently collected from facilities to ensure that it is meeting Ministry needs. It was expected that the 2001 and 2002 reconciliation reports would be distributed to facilities by the end of February 2003. A consistent revenue-occupancy report has been developed. Since January 1, 2003, all seven regional offices have been monitoring and adjusting cash flows as required.[36]

Committee Recommendations

The Committee recommends that:

10. In addition to monitoring and adjusting cash flows, the Ministry complete reconciliations and recover surpluses on a timely basis.

11. The Ministry report to the Committee on the status of the 2001 and 2002 reconciliation reports.

5. The Long-Term Care Redevelopment Project and The Supply of Long-Term Care Beds

The 1995 audit report noted that the Ministry did not have a strategy for dealing with the anticipated increase in demand for long-term care beds and no systematic plan to determine where beds were most needed.

In the fall of 1996, the Ministry established the Long-Term Care Bed Distribution and Needs Study Steering Committee to review ways to equitably distribute beds and to suggest policy or legislative changes to facilitate this distribution.

The Committee's 1997 report noted that provincially funded and regulated beds had been inequitably distributed and that distribution had occurred more by accident than as a result of needs-based planning. It recommended further study and research to define a bed-planning target, and urged that its recommendations be considered in conjunction with long-term care recommendations from the Health Services Restructuring Commission (HSRC). The HSRC released a discussion paper in 1997 which reported that Ontario would need an additional 15,404 long-term care beds by 2003. This would result in an average bed ratio of 96.4 beds for every 1,000 individuals aged 75 and over.

In April 1998, Management Board of Cabinet approved in principle a Ministry plan requesting a total of 20,000 new beds to be built by the end of 2005/06 and the renovation of facilities with 13,583 existing beds that did not meet current structural requirements. Ministry staff told audit staff that although there was no Ministry standard for determining the need for beds, they were attempting to reach a target of 100 beds for every 1,000 individuals aged 75 and over. While the Ministry was unable to provide information on how it arrived at this target, it was consistent with the target recommended by the HSRC. The Auditor noted that future need was affected by many factors, including the availability of home care, chronic care and other services.

Based on the allocation of new beds, by 2006 the projected ratios across service areas are expected to range from 88 to 138 beds for every 1,000 individuals aged 75 and older. Without the new beds, projected ratios would have ranged from 38 to 138 beds for every 1,000 individuals aged 75 and over. Those areas most likely to exceed the target were generally above it before the allocation and were generally not awarded new beds.

The Auditor recommended that the Ministry conduct research to determine whether its target is appropriate and develop a strategy to address the results of the research.[37]

Committee Hearings

The expansion process is on schedule, with all locations announced for the new beds. More than 8,400 had been built and more than 7,800 were tendered or under construction, as of February 3, 2003. Until the new beds could be built, 1,700 interim beds were put in place as a short-term solution to place patients awaiting transfer from hospital to a permanent facility.

The Ministry is working on a long-term strategy, which will look at the full range of services available to seniors and make recommendations about program responses. It will enable the province to project needs into the future as well as monitor and adjust responses on a continuous basis.

A system to manage and monitor the occupancy of every bed has been in place since the summer of 2002. Occupancy is now tracked on a monthly basis, as are the number of people on waiting lists and the movement of individuals from one facility to another. Occupancy across the province for the previous two years was 96.8%. At the time of the hearings, it was 98.4%. There had been very little decrease in the occupancy level of old facilities. As of December 2002, it was 98.6%; for the two previous years it was around 98.8%. At the time of the hearings, 16,000 people were waiting for beds in facilities.[38]

Sustainability Program

According to Ministry staff, the OLTCA and the OANHSS had both requested a temporary safety net out of concern that there could be a temporary oversupply of facility beds as all of the new and redeveloped beds come on-stream. An oversupply could affect the amount of money facilities receive through the accommodation envelope and the resident accommodation co-payment. Reduced accommodation funding would affect a facility's capacity to meet mortgage payments, as well as its ability to continue operating and to provide care.

While maintaining that there has been little evidence to suggest that an oversupply will occur, Ministry staff told the Committee that they planned to announce the Sustainability Program in the near future. Once in operation, the Program will allow the Ministry to determine what programs can be put in place (e.g. short-term stay, respite care) to ensure that beds are filled. New facilities will not be eligible for the Program, but B and C facilities and those D facilities (see section 6.1 for descriptions) with a signed development agreement will be able to participate.

The details have yet to be finalized, but the Program is expected to be in place for two years with a six month phase-in.

Ministry staff were asked for the cost of the Sustainability Program. Historically speaking, those operators who had less than 97% occupancy were required to remit funding to the Ministry. Under the Program, money will not be remitted.

Resident co-payments will not be replaced under the Program. The Ministry does not anticipate that a facility will retain the entire government per diem. That portion that is retained is to be used for nursing and personal care in order to keep staff employed and to avoid layoffs. Funding from the nursing and personal care envelope that is improperly used will be recovered through the reconciliation process.

Other activities associated with the Program will include the movement of patients in acute care hospitals who would be more appropriately cared for in a long-term care facility. The Ministry is also exploring the feasibility of allowing individuals who wish to reside in a particular facility to wait for a space there in a short-stay bed in another facility.

The introduction of a price differential that would put a premium on a new facility was suggested as a way to allay some operator concerns. In response, Ministry staff told the Committee that the central principle of their co-payment policy was that ability to pay was not a barrier to care. With the new beds and other changes in the system though, that policy is being examined but no decision about direction has been made.[39]

Supplementary Information

The Ministry has estimated that the maximum cost of the Sustainability Program will be approximately $23 million in 2003/04.[40]

Committee Recommendations

While the Committee appreciates facility operators' concerns about a temporary oversupply of beds, it feels that the Ministry's proposed Sustainability Program requires further consideration.

The Committee therefore recommends that:

12. The Ministry provide the Committee with an update on the status of the Sustainability Program, specifically:

- **(i) the expected date of introduction;**
- **(ii) the length of the Program;**
- **(iii) the Program's components;**
- **(iv) revised minimum occupancy rates; and**
- **(v) the estimated cost of the entire length of the Program.**

13. The Sustainability Program include the requirement that long-term care facilities disclose how they spend the money not remitted to the Ministry over the course of the Program in their annual audited financial statements.

Appendix

Appended to this report are the Auditor's comments on the Long-Term Care Redevelopment Project's capital development plan and the bed allocation process. Also found in the appendix is information on the same topics provided by the Ministry during and following the hearings.

6. Performance Measures

In May 2000, Management Board of Cabinet stated that the Ministry needed to establish acceptable outcome measures and suitable commitments to better reflect its major activities/programs and contribution to core business outcomes. The only performance measure for long-term care facilities in its 2000/01 business plan was to increase the number of beds.

That same business plan stated that the goal of the Integrated Health Care Programs Division included two performance measures: the results of annual compliance reviews (100% of facilities) and redevelopment of existing class D facilities. The Auditor noted that there were no commitments or measures to address the appropriateness of services provided or to determine whether facility programs were meeting residents' needs.

Ministry officials told the Auditor's staff that there were deficiencies in their assessment of program efficiency and effectiveness. Consideration was being given to implementing the Resident Assessment Instrument (RAI), currently used by all U.S. government-sponsored nursing homes as a uniform, standardized, comprehensive assessment instrument for long-term care residents. The RAI consists of a Minimum Data Set (MDS) and a series of assessment protocols. Quality indicators can be derived from the RAI to help identify potential problem areas and the prevalence of inappropriate conditions. Ministry staff said their level-of-care classification system collected about 60 pieces of data on each resident; MDS could collect over 400. They believed that MDS would provide information that could be used to develop benchmarks and identify quality improvements.

In October 2000, a review committee recommended that the Ministry pilot the implementation of RAI at 40 facilities and conduct an evaluation prior to full implementation. At the time of the audit, no pilot had been implemented.

The Auditor recommended the establishment of program goals, performance measures and benchmarks to assess performance, taking corrective action where necessary and reporting publicly on performance achieved.[41]

Committee Hearings

The Ministry intends to move to a system that collects data and organizes information to develop individualized residential care plans that will ensure reduced nursing time is being spent on documentation and more time is spent on providing care. The system will also use the data to develop risk-weighted quality indicators. These indicators will enable the setting of benchmarks and the comparison of facilities using the benchmark data. Corrective action will be taken where necessary.[42]

Resident Assessment Instrument

The MDS was described as part of a suite of instruments that can be used with various groups of people. The Ministry is actively considering moving to the MDS because it is a more modern instrument and would provide some data that the Ministry does not have at present. The mental health and home care segments of the health care system are already using it.

Ministry staff were asked for the status of the pilot project referred to by the Auditor. Resources have been assigned to the project, but the start date and length had yet to be determined. Because of the size of the Ministry's system, consideration has to be given to the costs involved, and the IT and other supports that would be needed.

Because the pilot project had yet to start, Ministry staff could not provide a precise answer when asked when they would start to have information from the MDS. Based on the length of time it took to introduce in the U.S. and in other systems, they speculated that it could take at least three years to fully implement and train personnel. At the same time though, they did not want to pre-empt the findings of the Compliance Management Program (CMP) review which might address some of the Auditor's concerns about performance measures.[43]

Committee Recommendation

Effective performance measures are essential to the care of vulnerable populations. Many of the Auditor's comments and recommendations with respect to the Long-Term Care Facilities Activity focussed on the issues of standards and quality of care. The Committee is of the opinion that the implementation of a Residential Assessment Instrument (RAI) would do much to respond to the Auditor's comments and recommendations.

The Committee therefore recommends that:

14. The Ministry urgently accelerate the implementation of a Residential Assessment Instrument (RAI) and report back to the Committee on the progress it is making towards meeting that goal.

7. List of Committee Recommendations

The Ministry is asked to respond to the following recommendations within 120 days of the tabling of this report.

1. The Ministry report to the Committee on the status of the compliance management program (CMP) review and on the progress it is making in responding to the Auditor's recommendations respecting annual inspections.

2. The Ministry provide the Committee with the number of surprise or unannounced annual inspections it conducted from February 1, 2003, to March 24, 2003.

3. The Ministry enforce more timely reporting standards and require that all regions record complaints, unusual occurrences and outbreaks of contagious infections in the Facility Monitoring Information System (FMIS).

4. The Ministry introduce procedures to analyze complaints, unusual occurrences and outbreaks of contagious infections in order to identify and address trends in facility/system weaknesses, through systemic, coordinated action.

5. The Ministry ensure that practices are in place to ensure that licences are kept current in accordance with the *Nursing Homes Act* and that all long-term care facilities have valid service agreements that take into account their compliance status.

6. The Ministry report on the work of the enforcement unit and the progress it is making with respect to monitoring high-risk facilities, coordinating enforcement activities, improving data collection and analysis, and developing educational programs for compliance staff.

7. The Ministry provide the Committee with a summary of the comprehensive survey's findings regarding the additional nursing and personal care funding announced in July 2002 and the actions, if any are deemed necessary, it is taking to recover money spent on ineligible purposes.

8. The Ministry undertake a detailed analysis to ensure that the appropriate amount of funding is allocated to each of the four funding envelopes.

9. The Ministry report on its progress in assessing resident care and staffing needs.

10. In addition to monitoring and adjusting cash flows, the Ministry complete reconciliations and recover surpluses on a timely basis.

11. The Ministry report to the Committee on the status of the 2001 and 2002 reconciliation reports.

12. The Ministry provide the Committee with an update on the status of the Sustainability Program, specifically:

(i) the expected date of introduction;
(ii) the length of the Program;
(iii) the Program's components;
(iv) revised minimum occupancy rates; and
(v) the estimated cost of the entire length of the Program.

13. The Sustainability Program include the requirement that long-term care facilities disclose how they spend the money not remitted to the Ministry over the course of the Program in their annual audited financial statements.

14. The Ministry urgently accelerate the implementation of a Residential Assessment Instrument (RAI) and report back to the Committee on the progress it is making towards meeting that goal.

NOTES

[1] On June 24, 2002, regulations made under the three long-term care facilities acts increased the daily accommodation co-payment. The increase was to take effect August 1, 2002. (The basic daily maximum payment for a long stay resident would rise by $7.02 from $44.51 to $51.53, an increase of 15.8%.) On July 31, 2002, the Associate Minister of Health and Long-Term Care announced a three-year phase-in of the increase that would take effect September 1, 2002. In the first year, the increase would be $3.02. The rate would increase by $2 a day in each of the following two years. On May 29, 2003, the Premier announced that the 2003 increase would be $1.16, rather than $2. The 2004 increase will match the rate of inflation.

[2] Ontario, Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report* (Toronto: The Office, 2002), pp. 114-116.

[3] Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates (Hansard)* (27 February 2003): P-268.

[4] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, p. 116.

[5] Ibid., pp. 116 and 118.

[6] Ibid., p. 118.

[7] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 119-121.

[8] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P267 – P268, P270 - P273 and P278.

[9] Attachment to letter to Standing Committee on Public Accounts from the Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care, 23 April 2003, pp. 1 and 4.

[10] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P268.

[11] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, p. 121-123.

[12] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P268 and P289.

[13] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, p. 122.

[14] Ibid., pp. 122-123.

[15] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P268.

[16] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 122-123.

[17] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P268 and P289.

[18] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 124-125.

[19] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P268, P271 and P289.

[20] *Nursing Homes Act*, R.S.O. 1990, c. N.7, up to date to 13 June 2003.

[21] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P268 and P299 – P300.

[22] Ibid., pp. P299 - P300.

[23] Letter from Ministry of Health and Long-Term Care, 23 April 2003, p. 5.

[24] Annual assessments are performed by approximately 150 contract nurses. See Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P282.

[25] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, p. 125.

[26] Ibid., pp. 126-128.

[27] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P269.

[28] Ibid., pp. P280, P281, P286 – P287, P293, and P298.

[29] Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "Eves government announces nearly $200 million in long-term care funding," *Government of Ontario Newswire*, 31 July 2002.

[30] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P284 - P285, P288, P290 – P293, and P294.

[31] Attachment to letter from Ministry of Health and Long-Term Care, 23 April 2003, p. 4.

[32] Information provided by Communications Strategy and Issues Management, Communications and Information Branch, Ministry of Health and Long-Term Care, 24 June 2003.

[33] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P302.

[34] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 128-129.

[35] Ibid., pp. 129-130.

[36] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P269.

[37] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 130-131.

[38] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P269 and P286.
[39] Ibid., pp. P273 – P276, P282 – P284 and P294 – P296.
[40] Attachment to letter from Ministry of Health and Long-Term Care, 23 April 2003, p. 1.
[41] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 137-139.
[42] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-269.
[43] Ibid., pp. P278 and P298 – P299.

APPENDIX

INFORMATION RE THE MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE'S CAPITAL DEVELOPMENT PLAN AND ALLOCATION OF NEW BEDS

1. Capital Redevelopment Plan

In March 1999, the government announced that the expansion project was being accelerated. The 20,000 new beds would be completed by 2004. The 2006 deadline for renovating existing substandard facilities remained unchanged while the number of beds in these facilities was later revised from 13,583 to 15,835.

Contracts for the construction and operation of new facilities were primarily issued through three competitive selection processes in December 1998, March 1999 and May 2001. The new beds included approximately 1,200 beds that had been awarded to operators in the 1980s and had not yet been developed. Regional offices handled the 1998 and 1999 selection processes. The Long-Term Care Redevelopment Project (LTCRP) office undertook the third.

1.2 Capital Funding

The Ministry is funding construction and renovation with a per diem of up to $10.35 per bed for 20 years. Commencing the day a bed is available for use, the per diem will amount to up to approximately $75,000 for each new or renovated bed. Over 20 years, the capital costs to the Ministry will total up to $1.5 billion for the new beds and up to $1.2 billion for the renovated beds.

In January 2001, the Ministry revised its policy on preferred (private or semi-private) accommodation revenue. Facilities had shared the revenue equally with the province but were now able to keep 100%. At the time of the audit, it was estimated that at least $50 million of additional annual funding would support construction costs.

The Ministry did not initially clarify how it would obtain actual expenditure reports for facilities that had been operating for more than one year to ensure that per diem construction funding was based on actual costs. In February 2002, the Ministry assigned that responsibility to the regional offices.

The Auditor recommended that the per diem paid for capital construction be consistent with actual construction costs.[1]

Committee Hearings

The policy for funding facility construction costs and development agreements requires operators to submit audited statements of final capital costs. At the time of the hearings, the Ministry was finalizing 'Final Statement of Disbursements' forms and guidelines to ensure that operators submit the required audit statements within given timelines. It was also developing an electronic tracking system that will monitor the status of completed development projects receiving the per diem

[1] Ontario, Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report* (Toronto: The Office, 2002), pp. 132-133.

funding to ensure their actual construction costs are reported within the given deadlines.[2]

Preferred Accommodation Revenue

Facility operators now receive 100% of preferred accommodation revenue as a result of concern that the per diem of up to $10.35 per bed was not covering construction costs. (Prior to this change, the provincial share of revenue went to the Ministry of Finance.) The Ministry was told that it could not change the per diem because it had used a request for proposals (RFP) process, a competitive process with defined rules.

One way the Ministry could assist was by leaving its share of the preferred accommodation revenue with the facilities so that it could be used to assist in the redevelopment of D facilities (i.e. facilities that do not meet 1972 or 1998 design standards) and the development of new facilities. It recognized that all facilities may not be redeveloping, but hoped that monies would be used for upgrading and enhancing facilities' financial positions so that when a new program came into place they would have increased equity.

The Ministry has no guarantee that the money goes into construction, but pointed out that prior to the recent expansion, 65 beds had been built. The government was said to have lost $43 million in preferred accommodation revenue annually as a result of the change.[3]

Supplementary Information

The Ministry`s contribution to new bed construction costs does not begin to flow until the project is completed and approved to admit residents. It includes regular facility funding plus the per diem of up $10.35 per bed for 20 years.

Like the new bed funding, funding for D bed redevelopment does not flow until construction has been completed and the project is approved to admit residents. D projects already receive normal long-term care operating per diems. The Ministry's contribution towards capital costs varies by development stream:

- redevelopment – up to $10.35 per bed per day;
- retrofit – between $7 and $10.35 per bed per day; and
- upgrade - $1 per bed per day.

Transition support is available to projects in the D bed redevelopment or retrofit streams for unavoidable costs unique to these projects (e.g. cost of moving residents). The level varies from $205 per bed for moving existing residents to $3,500 per bed for more extraordinary costs like downsizing facilities and temporary staffing costs.

---

[2] Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates* (27 February 2003): P269.
[3] Ibid., pp. P300 – P301.

A facility operator's average capital cost of construction is $120,000 to $140,000 per new and/or redeveloped bed.[4]

2. Allocation of New Beds

At the time of the audit, 34% of the new beds were allocated in 1998, 29% in 1999 and 37% in 2001.[5] Formal RFP processes were used in 1998 and 1999. A process similar to an RFP was employed in 2001.[6]

In the 1998 process, beds were awarded to those who received the highest rankings after taking into account geographical distribution in each service area. The Ministry could also require that a successful applicant develop beds in a different geographical location than described in their proposal but within the same service area. Audit staff reviewed the 1998 awards and found that, generally, beds were awarded in accordance with the stated selection criteria. However, where there were exceptions, the Ministry was unable to locate the supporting documentation in all cases.

In the 1999 process, the Ministry reserved the right to decline awards where there would be an unacceptable concentration of ownership or where applicants who were successful in four or more proposals could not demonstrate the financial and organizational capacity to develop that many sites. Based on audit staff's review of available documentation, successful applicants were selected in accordance with the stated selection process. In all cases where the highest score was not selected, there were multiple applicants who were perceived not to have the organizational or financial capacity to develop all of the beds that they could be awarded. External consultants hired by the Ministry performed the multiple applicant analyses, and provided advice and recommendations.

A new evaluation process was used in 2001. The LTCRP office hired external consultants to evaluate the proposals. Scores were used to group applicants within services areas into three bands. The first included the top-ranked applicants; virtually all received awards. The second included all other applicants who scored over 65%. Preference was given to those adding new beds to structurally non-compliant facilities and to applicants who proposed to build in preferred locations within service areas. As in 1999, the Ministry reserved the right to consider the financial and organizational capacity of applicants who were successful in a number of proposals. The third band was made up of applicants who scored less than 65% and were not eligible for selection.

Approximately 900 new beds were awarded outside the regular processes to comply with recommendations pertaining to hospitals made by the Health

---

[4] Attachment to letter to Standing Committee on Public Accounts from Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care, 23 April 2003, pp. 5-6.
[5] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, p. 133.
[6] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P277.

Services Restructuring Commission (HSRC), and to improve the economic viability of successful applicants from earlier RFPs that requested additional beds.

Subsequent to 2001, competitive selection processes were instituted in three service areas to award beds that either had been returned or were not initially awarded because of insufficient interest in 2001. The proposals for two of the service areas were evaluated based on a comparison of their positive and negative aspects. The process for the third was still ongoing when audit work was completed.

The Auditor recommended that the Ministry ensure that the justification for all decisions was properly documented to help demonstrate that awards were based on a fair and open process that was consistently and objectively applied.[7]

Committee Hearings

A decentralized process involving regional staff and committees was used with the two RFPs. The Ministry attempted to obtain that information, consolidate it and store it within the LTCRP's archives. Some files were incomplete; attempts have been made to obtain relevant materials. All of the documentation for the 2001 process is in the files. Ministry staff pledged that they would look at what can be made available to the Committee and to the public, according to the rules of privilege and confidentiality.

The two RFPs had not required land as part of the submission. As the Ministry understood more about the complexities of the development of facilities, it became evident that the time it took an owner-operator, charitable group or municipal facility to find a suitable piece of land, and have it appropriately zoned and by-laws amended, was anywhere from 12 months to two years. The third offering required land as a condition which expedited the development phase.[8]

2.1 Structural Compliance

In his 1995 report, the Auditor noted that 68 nursing homes with approximately 7,000 beds were so deficient they required major renovations or complete reconstruction to meet existing minimum structural and environmental standards.

The 1995 report also noted that there were no comparable regulatory standards for homes for the aged, and that the Ministry had not assessed their structural and environmental adequacy. The Auditor recommended establishing a plan to replace facilities that could meet structural and environmental requirements, and that homes for the aged be assessed for structural and environmental deficiencies.

In April 1998, the Ministry introduced new standards that would be applicable to all facilities. Ministry staff classified each facility into one of four categories:

---

[7] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 133-135.

[8] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P277 - P278 and P288 – P289.

- class A facilities met 1998 design standards;
- class B and C facilities did not meet the 1998 standards but did meet the 1972 regulated standards; and
- class D facilities met neither the 1998 nor the 1972 standards.

These classifications were primarily based on the review of plans on file with the Ministry and the results of structural compliance assessments of nursing homes completed in 1984/85. Ministry staff did not have building plans for municipal or charitable homes. Facilities were permitted to appeal their classifications, and a number were changed.

A consultant was hired to conduct on-site reviews of the approximately 320 facilities that did not appeal their classifications. While 32 were identified as needing a different classification, only three were adjusted. The other 29 included 10 containing 1,515 beds that the consultant stated should be class D rather than class C facilities and, therefore, should be renovated. Such renovations would normally receive financial support from the Ministry.

By the end of 2001, only 42% of class D facility operators had agreed to rebuild to meet 1998 design standards. They would be eligible for a per diem premium of up to $10.35 per bed for 20 years. In December 2001, the Ministry introduced a new program to encourage more class D operators to commit to renovation. Class D facility operators could also:

- retrofit to meet 1998 core design criteria. Operators would be eligible for a per diem premium of between $7 and $10.35 per bed for 20 years; or
- upgrade to meet all the class C structural classification criteria or spend at least $3,500 per bed. The operator would then be entitled to the structural compliance premium of $1 per bed per day for 20 years.

These operators would be eligible for additional financial support to help with unavoidable costs unique to redevelopment and retrofit projects. Eligibility would be assessed on a case-by-case basis. By the time the audit was completed, the Ministry had received commitments from all class D operators to rebuild, retrofit or upgrade.

Class A, B and C facilities are paid a structural compliance per diem premium, compensation for previously completed structural improvements. Higher amounts are paid to facilities that more closely meet the 1998 design standards and have not received grants from the province to construct their facilities.

With respect to structural compliance premiums, the audit noted the following:

- Because the province had funded 50% of the original construction costs of charitable and municipal homes, per diem premiums for these facilities were apparently reduced by 50%. Premiums were not reduced for nursing homes

that, prior to 1996, received funding through debt servicing and compliance premiums to partially compensate them for construction costs.

- Ministry staff could not explain why class A charitable and municipal homes receive only 30% of the premiums received by nursing homes, whereas class B and C facilities receive 50%.
- All class D facilities that upgrade to class C were entitled to a $1 premium, even though the majority were either charitable or municipal homes and would otherwise only be entitled to a premium of $.50. The Ministry could not explain the basis for this premium.

The Auditor recommended that the Ministry ensure all facilities were properly classified, review the structural compliance premiums to ensure that they are equitable and are achieving their intent, and consider providing incentives for facilities to upgrade their classifications.[9]

Committee Hearings

The Ministry is conducting policy work on asset management and facility renewal that will ensure that funding for structural compliance is fair and that facility operators are encouraged to meet the new design standards.[10]

D Facility Project

The D bed program was initiated in 1998 as a development program, with the objective of rebuilding 16,000 beds. Because many of these facilities did not have the funds to fully redevelop, a retrofit component was introduced. It enabled a D facility to meet most of the 1998 standards, but along a sliding scale. For the retrofit, they had to adapt existing space. They were given an option for a range, but overall they had to meet the 1998 standards.

A third component was made available to organizations that could not afford to retrofit or redevelop. They would have to commit a minimum of $3,500 per bed to upgrade their facility to meet the 1972 standards. The Ministry also made recommendations as to how they could become more efficient in their operations so that if and when the government announced another B and C facilities program, these D facilities would be in a position to redevelop.

The Ministry is on target for the D beds submitted for the period up to 2006. By the end of March 2003, it expected to have rebuilt 3,400 beds, have approximately 3,500 under tender or construction and have another 5,600 going through the municipal approval program.

Only one organization is going to retrofit. Three others decided to redevelop rather than retrofit. A total of 11 organizations are going to upgrade. Upgrades must be completed by December 2003.[11]

---

[9] Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 135-137.
[10] Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P269.

Structural Compliance Premiums

Ministry staff were asked why the premium for charitable and municipal facilities was reduced by 50% when the premiums were not reduced for private nursing homes that, prior to 1996, received provincial funding through debt servicing and compliance premiums to partially compensate them for the cost of construction.

Prior to 1998, construction of a new municipal or charitable home or an add-on incorporated the use of a grant application: 50% paid by the province with no cap and 50% paid by the owner-operator. No financial commitment was given to the nursing home industry for the construction of these facilities. When the structural premium program was brought in, the Ministry felt that it had already made a contribution because it had paid 50% for the municipal and charitable homes. Therefore, it would give 50% of what it was giving to nursing homes because it had not contributed to their costs.[12]

Supplementary Information

Further to the information appearing in section 6.1.2, the Committee has learned that the structural compliance premiums of not-for-profit facilities were reduced by 50% because prior to April 1, 1998, these facilities were eligible to receive construction funding from the Ministry (and prior to that the Ministry of Community and Social Services, now Community, Family and Children's Services) on a 50/50 basis for new and rebuilt facilities. The 50% premium would be further reduced if these facilities received additional funding from other levels of government.

The Committee has also received an explanation for the apparent inequity whereby class A charitable and municipal homes receive only 30% of the premiums received by nursing homes, whereas class B and C facilities receive 50%. The construction compliance premium that all facilities are eligible to receive is based on the contributions of various levels of government and the net contribution of the facility operator to the original construction cost (i.e. the greater the proportion of the construction costs borne by the operator, the greater the premium the operator will be eligible to receive). Compliance premium funding is used to offset financing costs borne by operators. For example, if a facility self-financed 70% of the total construction cost of a new A facility prior to April 1, 1998, and received 30% from other levels of government, it would receive a premium of $2.10 per resident day.[13]

The Committee notes that the second response above does not explain why class A charitable and municipal homes receive 30% of the premium received by nursing homes, and class B and C facilities receive 50% of the nursing home premium.

---

[11] Ibid., pp. P276 and P285 - P287.
[12] Ibid., pp. P301 - P302.
[13] Attachment to letter from Ministry of Health and Long-Term Care, 23 April 2003, p. 7.

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

(Rapport annuel du vérificateur provincial 2002, section 3.04)

4e session, 37e législature
52 Élizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Établissements de soins de longue durée (Rapport annuel du vérificateur provincial 2002, section 3.04)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. additionnelle: Long-term care facilities activity (Section 3.04, 2002 Annual report of the Provincial Auditor)
ISBN 0-7794-5137-6

1. Ontario. Ministère de la santé et des soins de longue durée—Évaluation. 2. Établissements de soins à long terme—Ontario--Évaluation. I. Titre. II. Titre: Long-term care facilities activity (Section 3.04, 2002 Annual report of the Provincial Auditor)

RA998.C2 O56 2003 362.1'6'09713 C2003-964013-2F

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

L'honorable Gary Carr,
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et le confie à l'Assemblée.

Le président du comité,

John Gerretsen

Queen's Park
Juillet 2003

COMPOSITION DU

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

4e SESSION, 37e LÉGISLATURE

JOHN GERRETSEN
Président

BRUCE CROZIER
Vice-président

GARFIELD DUNLOP

JOHN HASTINGS

AL MCDONALD

RAMINDER GILL

SHELLEY MARTEL

RICHARD PATTEN

Anne Stokes
Greffière du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 1
Réponse du ministère au rapport du Comité 1

1. VUE D'ENSEMBLE 1

2. OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION 3
2.1 Conclusions globales de la vérification 3

3. SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS 4
3.1 Inspections annuelles 4
3.2 Santé et sécurité des pensionnaires 6
Plaintes 7
Événements inusités 8
Épidémies d'infections contagieuses 8
3.3 Permis et ententes de services 10
Permis 11
Ententes de services 12

4. FINANCEMENT QUOTIDIEN 13
4.1 Niveaux de soins 13
4.2 Suffisance du financement quotidien 13
Rapport de PricewaterhouseCoopers 15
Annonce de financement du 31 juillet 2002 15
Fournitures pour l'incontinence 17
4.3 Rapprochements annuels 18
4.3.1 Processus de rapprochement 18

5. PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE ET ALLOCATION DES LITS DE SOINS DE LONGUE DURÉE 19
Programme de viabilité 21
Annexe 23

6. MESURES DU RENDEMENT 23
Instrument d'évaluation des pensionnaires (RAI) 24

7. LISTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ 25

NOTES 27

ANNEXE

PRÉAMBULE

Le vérificateur provincial a présenté un rapport sur les établissements de soins de longue durée à la section 3.04 de son *Rapport annuel 2002*. Le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences sur ce rapport de vérification le 27 février 2003 auxquelles ont pris part des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le présent rapport énonce les conclusions et les recommandations du Comité.

Le Comité tient à remercier les représentants du ministère de leur présence aux audiences. Il est par ailleurs reconnaissant de l'aide qui lui a été apportée au cours des audiences par le Bureau du vérificateur provincial, le Greffier du Comité et le personnel des Services de recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative.

Réponse du ministère au rapport du Comité

Le Comité permanent des comptes publics appuie le rapport 2002 du vérificateur provincial sur les établissements de soins de longue durée et recommande que le ministère mette en œuvre les recommandations formulées par le vérificateur.

Le Comité a formulé des recommandations supplémentaires dans le présent rapport en se fondant sur les constatations qu'il a faites au cours des audiences. *Le Comité demande au ministère de transmettre au Greffier du Comité une réponse complète par écrit dans les 120 jours civils suivant la date de dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative de l'Ontario, sauf indication contraire dans une recommandation. Si le ministère a besoin d'un délai supplémentaire pour préparer une réponse à ce rapport, nous apprécierions que le bureau du sous-ministre communique avec celui du Greffier du Comité pour fixer un nouveau délai.*

1. VUE D'ENSEMBLE

Les établissements de soins de longue durée (maisons de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées) fournissent soins et services aux personnes qui sont incapables de vivre de façon autonome et qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24. Ils exercent leurs activités en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, de la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* et de la *Loi sur les établissements de bienfaisance*. Ces lois, ainsi que leurs règlements d'application, précisent les exigences en matière d'admission et de soins à prodiguer aux pensionnaires, les droits des pensionnaires, les responsabilités des établissements et les obligations du ministère. Les maisons de repos et de retraite ne reçoivent pas de fonds du ministère et ne sont pas visées par ces lois.

Les admissions sont autorisées par des coordonnateurs des placements désignés. L'admissibilité d'une personne repose sur une évaluation de sa déficience ou de

sa capacité et sur une évaluation des renseignements concernant ses besoins en matière de traitement médical, de soins médicaux ou d'autres soins personnels.

La principale responsabilité du ministère est de veiller à ce que les établissements assurent la prestation des services conformément aux ententes de services qu'ils ont conclues avec celui-ci et en conformité avec les lois et politiques applicables. Le ministère assure la surveillance des établissements par l'entremise de sept bureaux régionaux, tandis que le financement est octroyé par l'intermédiaire du Programme intégré de soins de santé.

En 1998, le gouvernement a annoncé un plan, échelonné sur huit ans, pour la fourniture de 20 000 nouveaux lits de soins de longue durée et la rénovation d'établissements non conformes aux normes contenant en tout 13 583 lits. En mars 1999, il a annoncé que les nouveaux lits seraient disponibles en 2004. En ce qui concerne le nombre de lits dans les établissements non conformes aux normes structurelles qui seront rénovés d'ici 2006, ce nombre a été révisé à 15 835. Au début de 2000, un bureau du Projet de réaménagement des soins de longue durée a été établi pour prendre en charge l'exécution du plan.

Le financement des établissements provient de quatre enveloppes fondées sur des tarifs quotidiens distincts : soins infirmiers et personnels, services des programmes et de soutien, aliments bruts et autres coûts d'hébergement (p. ex., administration, entretien ménager, services de diététique et entretien des immeubles). Le tarif quotidien applicable dans chaque cas est prescrit par règlement.

Les tarifs quotidiens sont les mêmes pour tous les établissements, sauf le tarif des soins infirmiers et personnels, qui est basé sur l'évaluation du niveau de soins pour chaque pensionnaire.

Les pensionnaires versent une quote-part pour leur logement et leurs repas. Le tarif quotidien maximum payé par un pensionnaire pour l'hébergement de base est de 47,53 $[1]. Les pensionnaires en hébergement de base qui n'ont pas suffisamment de revenus peuvent demander une réduction du tarif. Si un pensionnaire paie moins que le tarif de base, le ministère verse la différence. Un supplément peut être réclamé aux pensionnaires pour l'hébergement dans une chambre à deux lits ou une chambre individuelle.

En mars 2002, on comptait quelque 60 000 pensionnaires dans 558 établissements de soins de longue durée. En 2001-2002, les établissements ont reçu environ 1,6 milliard de dollars du ministère et 793 millions de dollars en frais de logement des pensionnaires[2]. Le ministère devait octroyer au programme près de 1,8 milliard de dollars en 2002-2003, ce qui représente une augmentation de 700 millions de dollars depuis 1995[3].

2. OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

La vérification visait à déterminer si le ministère avait adopté des procédures adéquates pour :

- s'assurer que les ressources étaient gérées dans le respect des principes d'économie et d'efficience;
- s'assurer que les établissements offrant des soins de longue durée se conformaient aux lois et aux politiques ministérielles applicables;
- mesurer l'efficacité du programme et en faire état.

Achevée pour l'essentiel en mai 2002, la vérification comprenait un examen et une analyse de l'information disponible au bureau principal du ministère, dans trois bureaux régionaux et au bureau du Projet de réaménagement. Des discussions ont eu lieu avec le personnel concerné et un certain nombre d'établissements de soins de longue durée ont reçu la visite du vérificateur.

Le personnel du Bureau du vérificateur a rencontré des porte-parole de l'Ontario Long-Term Care Association (OLTCA) et de l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors (OANHSS). Ensemble, ces deux associations représentent la plupart des propriétaires-exploitants d'établissements de soins de longue durée en Ontario[4].

2.1 Conclusions globales de la vérification

À certains égards importants, le ministère n'avait pas mis en place toutes les procédures nécessaires pour s'assurer que les ressources étaient gérées dans le respect des principes d'économie et d'efficience et que les établissements de soins de longue durée se conformaient aux politiques applicables du ministère. Le vérificateur a par ailleurs conclu que les procédures adoptées par le ministère pour assurer une reddition de comptes adéquate au public ainsi que l'efficience et l'efficacité de la prestation des services par les établissements laissaient à désirer parce que :

- Les renseignements financiers soumis par les établissements étaient insuffisants pour permettre au ministère de déterminer si les fonds avaient été utilisés conformément aux attentes du ministère;
- Le ministère n'avait pas mis au point des mesures des résultats concernant la pertinence des services fournis, y compris la qualité des soins reçus par les pensionnaires[5].

Un certain nombre de préoccupations semblables avaient aussi été soulevées dans le *Rapport annuel 1995* du vérificateur.

Les observations et conclusions relatives au programme figurent sous les rubriques pertinentes dans le présent rapport.

3. SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS

Le Programme d'inspections de conformité (PIC) est le principal outil de surveillance de la qualité des soins. Selon les modalités du PIC, le ministère effectue des inspections annuelles de tous les établissements, mène d'autres inspections à la demande de spécialistes et fait enquête dans les cas de plaintes.

La responsabilité du PIC relève des bureaux régionaux. Chacun de ces bureaux compte un gestionnaire des soins de longue durée et des conseillers ou conseillères en conformité (infirmiers ou infirmières autorisés). Certains ont aussi accès aux services de conseillers ou conseillères pour les examens plus spécialisés. Les conseillers en conformité inspectent les établissements pour s'assurer qu'ils respectent les exigences du *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée* (le *Manuel*) du ministère. Les établissements qui ne satisfont pas à ces exigences doivent prendre des mesures correctives appropriées en temps opportun et ceux qui continuent d'enfreindre les normes peuvent être placés sous surveillance.

En juillet 2000, le ministre a annoncé que le PIC ferait l'objet d'une évaluation exhaustive[6].

3.1 Inspections annuelles

Les trois lois qui régissent les établissements de soins de longue durée confèrent au ministère le droit d'inspecter les établissements afin d'assurer leur conformité aux lois et règlements, aux ententes de services et/ou aux exigences du permis. La politique du ministère stipule que des examens doivent être effectués au moins une fois par année. L'inspection annuelle vise à surveiller et évaluer la qualité des soins et services aux pensionnaires, la qualité des programmes ainsi que le fonctionnement global de chaque établissement. Les résultats de l'inspection annuelle sont affichés dans chaque établissement.

Entre 1997 et 1999, moins de la moitié des établissements ont subi des inspections annuelles. En 2000, le ministère a annoncé que tous les établissements seraient inspectés chaque année; ils l'ont tous été en 2001. Le personnel de vérification a examiné le processus d'inspection et noté que la haute direction ne vérifiait pas les résultats des inspections de façon systématique.

Le personnel de vérification a également noté que le ministère n'avait pas d'approche formelle d'évaluation des risques lui permettant de prioriser les procédures d'inspection ou de concentrer ses efforts sur les établissements qui ont l'habitude d'enfreindre les normes de qualité provinciales. Les deux associations qui représentent les exploitants des établissements ont informé le personnel de vérification que leurs membres avaient indiqué que les normes de conformité n'étaient pas appliquées de manière uniforme.

Les établissements peuvent être avertis d'une inspection annuelle jusqu'à une semaine à l'avance. Il s'ensuit que certains peuvent en profiter pour se préparer à

l'inspection et que leurs résultats ne reflètent pas nécessairement les soins habituels prodigués.

Un conseiller en conformité peut renvoyer des cas à des conseillers spécialisés en hygiène de l'environnement, en diététique, en finances ou en services médicaux. Il n'y avait pas eu de conseiller médical depuis cinq ans, mais des conseillers médicaux sont sollicités au besoin. Aucune des trois régions visitées n'avait un conseiller environnemental et seulement une employait une conseillère en diététique. Par ailleurs, les conseillers en conformité ne savaient pas exactement quand il y avait lieu de renvoyer un cas.

Les vérifications ciblées font partie du processus d'inspection annuelle. Elles exigent que les conseillers en conformité choisissent les dossiers de six pensionnaires de chaque établissement afin de faire enquête sur les points qui présentent le plus grand risque pour les pensionnaires. Les résultats servent à tirer des conclusions sur la qualité des soins fournis par l'établissement. La méthodologie d'échantillonnage était laissée à la discrétion de chaque conseiller en conformité. Le personnel de vérification a passé en revue un échantillon de dossiers d'examen annuel et noté que, dans 92 % des cas, moins de six dossiers avaient été étudiés. Par ailleurs, il n'a trouvé aucune preuve selon laquelle la direction avait examiné et approuvé la taille des échantillons utilisés. Le vérificateur avait soulevé des préoccupations semblables dans son rapport annuel 1995.

Le vérificateur a recommandé que le ministère s'assure que la haute direction vérifie les résultats des inspections annuelles des établissements, mette en œuvre, pour ces inspections annuelles, une approche formelle d'évaluation des risques, assure une application uniforme des normes, établisse des périodes de notification acceptables et soumette les établissements à risque élevé à des inspections surprises annuelles et détermine l'expérience et les compétences requises pour inspecter les établissements et maintenir un dosage approprié de spécialistes[7].

Audiences du Comité

Le ministère a effectué la totalité des inspections prévues en 2001 et 2002. Les rapports doivent être affichés par chaque établissement de façon que les pensionnaires, les membres de leur famille et les groupes de défense puissent les consulter. Le ministère envisage d'effectuer des inspections annuelles surprises à l'avenir. Il a le droit d'effectuer des visites surprises et c'est ce qu'il fait habituellement à la suite de plaintes ou de préoccupations.

Pour répondre aux besoins du PIC, le ministère recrute actuellement du personnel pour combler les postes vacants de conseiller.

Le fondement de l'examen du PIC est de favoriser l'élaboration d'une méthode d'évaluation du risque qui pourrait comprendre des indicateurs de risque supplémentaires qui déclencheraient l'intervention du personnel de conformité et de la haute direction. Ceci s'ajouterait aux mesures qui sont déjà déclenchées par les rapports de l'équipe du PIC.

Le personnel du ministère a souligné que même si la majorité des exploitants sont censés être consciencieux, le ministère doit posséder un processus d'inspection détaillé pour les cas nécessitant le recours à des mesures d'application ou de conformité plus contraignantes.

Le ministère a le pouvoir de suspendre les admissions ou de prendre d'autres mesures d'application. Dans l'année précédant son témoignage devant le Comité, le ministère avait suspendu les admissions dans 4 foyers sur 538. Il faut observer des critères très rigoureux avant de pouvoir imposer une telle mesure. Seul le directeur de la Direction des établissements de soins de longue durée peut signer une ordonnance de suspension. Avant de prendre sa décision, le directeur reçoit tous les renseignements nécessaires du gestionnaire de programme local et de l'agent de conformité et obtient un avis juridique[8].

Renseignements supplémentaires

Entre le 1er février et le 24 mars 2003, 132 visites non annoncées ont été effectuées dans l'ensemble de la province.

En date du 23 avril 2003, il y avait 44 conseillers en conformité (y compris deux à temps partiel), 5,5 conseillers en diététique (2 postes vacants) et 5 conseillers environnementaux (2 postes vacants) dans les sept régions du ministère. Le nombre estimatif de conseillers en conformité en 1995 était de 27 (25 équivalents temps plein et 2 employés contractuels)[9].

Recommandations du Comité

Le Comité est conscient que le ministère procède actuellement à l'examen de son Programme d'inspections de conformité (PIC). Les problèmes d'inspection soulevés par la vérification nécessitent néanmoins une attention plus immédiate.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

1. Le ministère fait rapport au Comité sur l'état de l'examen du Programme d'inspections de conformité (PIC) et sur les progrès réalisés à l'endroit des recommandations du vérificateur sur les inspections annuelles.

2. Le ministère informe le Comité du nombre d'inspections annuelles surprises ou non annoncées qu'il a effectuées entre le 1er février et le 24 mars 2003.

3.2 Santé et sécurité des pensionnaires

Cette section du rapport du vérificateur est axée sur trois aspects reliés à la santé et à la sécurité des pensionnaires des établissements de soins de longue durée, à savoir les plaintes, les événements inusités et les épidémies d'infections contagieuses.

Audiences du Comité

Avant de répondre aux points précis soulevés dans la vérification, les représentants du ministère ont dit au Comité qu'ils démontraient leur engagement envers la santé et la sécurité des pensionnaires au moyen des examens qu'ils effectuaient des soins et des services. Voici les composantes principales de ces examens :

- examens des programmes et des services – examens de l'exploitation des établissements pour évaluer la conformité aux normes et aux critères établis;
- identification et analyse des indicateurs – vérifications ciblées et examens approfondis des soins prodigués dans les établissements;
- examens du déploiement des effectifs – pour évaluer l'affectation des effectifs en fonction des besoins des pensionnaires ainsi que les renseignements sur la dotation soumis avec l'entente de services.

Les représentants du ministère ont fait part de leur engagement d'améliorer les systèmes de saisie des données et la gestion de l'information en ce qui a trait aux plaintes, aux événements inusités et aux épidémies et d'utiliser ces données à l'avenir pour cerner et régler les problèmes systémiques[10].

Plaintes

Toute plainte portée contre un établissement doit faire l'objet d'une enquête dans les 20 jours suivant sa réception. Au moment de la vérification, toutes les enquêtes étaient menées par les conseillers en conformité régionaux. Jusqu'à sa dissolution en juin 1999, l'unité d'application des mesures législatives du ministère faisait enquête sur les plaintes les plus graves.

Le ministère garde à l'œil les temps de réponse ainsi que la nature et la source des plaintes. Le personnel de vérification a analysé l'information sur les plaintes consignée dans le FMIS (système informatique de suivi des établissements). Au cours des deux années précédentes, 83 % des plaintes avaient fait l'objet d'une enquête dans le délai prescrit de 20 jours, mais le rendement variait beaucoup d'une région à l'autre. Le ministère n'avait pas établi de procédures d'analyse des plaintes afin de pouvoir cerner les points faibles de l'établissement ou du système et de les corriger.

Le vérificateur a recommandé que les plaintes fassent l'objet d'une enquête et que des mesures de suivi soient prises en temps opportun, et que les plaintes soient évaluées au regard des résultats des inspections annuelles des établissements afin de cerner et de régler les problèmes systémiques[11].

Audiences du Comité

Le ministère applique avec diligence sa politique relative aux plaintes, mais il cherche constamment à améliorer son bilan à cet égard. Parfois les

renseignements sont entrés très rapidement dans le système, tandis qu'à d'autres moments, l'entrée des données peut prendre plus de 20 jours. Dans ces cas, une plainte est considérée résolue uniquement lorsque le dernier renseignement pertinent est entré dans le système. Le ministère songe à adopter des normes de signalement plus rapide et à renforcer l'importance de rédiger les avis dans les plus brefs délais. L'amélioration des délais d'intervention est également envisagée dans le cadre de l'examen du Programme d'inspections de conformité[12].

Événements inusités

Un événement inusité est un événement « qui pose un risque potentiel ou réel pour la sécurité, le bien-être et/ou la santé d'un pensionnaire, ou pour la sécurité de l'établissement, et qui demande une intervention du personnel[13] ». Les établissements sont tenus de signaler tous ces événements à leur bureau régional. Les conseillers en conformité examinent les détails de l'événement et décident des mesures à prendre au besoin.

Au moment de la vérification, il n'était pas nécessaire de consigner les événements inusités dans le FMIS. Cependant, dans les deux régions qui le faisaient, le personnel de vérification a constaté un total de 1 600 événements inusités pour l'année civile 2000 et de 1 900 pour 2001. Le personnel de vérification a aussi examiné les rapports d'événements inusités pour un échantillon d'établissements dans les régions visitées et constaté que les établissements qui rapportaient un nombre élevé de plaintes et de problèmes de conformité graves et répétitifs affichaient également un nombre élevé d'événements inusités.

Le vérificateur a recommandé que les événements inusités soient signalés au ministère et consignés dans le FMIS en temps opportun et qu'ils soient évalués au regard des résultats des inspections annuelles des établissements afin de cerner et de régler les problèmes systémiques[14].

Audiences du Comité

Le personnel du ministère a indiqué qu'il donnait suite aux événements inusités, soit au moment où se produisait l'événement soit au cours d'un examen annuel de l'établissement[15].

Épidémies d'infections contagieuses

Les établissements de soins de longue durée sont tenus de signaler toutes les épidémies d'infections contagieuses à leurs bureaux régionaux pour aider à déceler la prévalence des épidémies et les tendances qui s'amorcent, à assurer que les informations relatives aux épidémies sont transmises au personnel concerné et à assurer l'intégralité des informations relatives aux épidémies.

Le ministère compte sur les services de santé publique locaux pour évaluer l'information relative aux épidémies et y donner suite.

Dans chaque cas signalé, un document est préparé, examiné par le conseiller en conformité régional et versé au dossier de l'établissement concerné. Les bureaux régionaux doivent tenir un registre des épidémies.

Au moment de la vérification, seulement quatre des sept bureaux régionaux consignaient les informations relatives aux épidémies dans le FMIS. En 2001, ces quatre bureaux ont signalé 219 épidémies affectant plus de 7 500 pensionnaires et employés. Deux des bureaux qui ne consignaient pas leurs informations dans le FMIS ont reçu la visite du personnel de vérification. Le registre de l'un de ces bureaux faisait état de 80 épidémies additionnelles en 2001, mais n'indiquait pas combien de personnes avaient été affectées. Quant au second bureau, il ne tenait aucun registre.

Le personnel de vérification a constaté que l'une des régions qui consignait ses données dans le FMIS comptait pour 62 % des épidémies survenues en 2001. Or, cela correspondait à la situation observée au cours des trois années précédentes. Il est toutefois difficile de déterminer si les pratiques de lutte contre les infections laissaient à désirer dans cette région ou si les établissements des autres régions ne signalaient pas toutes les épidémies. Aucun effort n'avait été fait pour établir un lien entre le nombre d'épidémies par établissement et les infractions décelées lors des inspections annuelles.

Le vérificateur a recommandé que les épidémies d'infections contagieuses soient signalées au ministère et consignées dans le FMIS en temps opportun et qu'elles soient évaluées au regard des résultats des inspections annuelles des établissements afin de cerner et de régler les problèmes systémiques[16].

Audiences du Comité

Le ministère a mis en place des procédures et des protocoles rigoureux afin d'assurer la sécurité des pensionnaires en cas d'épidémie. Les responsables locaux déterminent à quel moment il faut déclarer qu'un établissement est en proie à une épidémie et surveillent la progression de l'épidémie jusqu'à son extinction. Lorsque le Comité lui a demandé s'il envisageait d'exiger que les épidémies soient consignées dans le FMIS, le personnel du ministère a répondu que des améliorations pouvaient être apportées sur le plan de la documentation des épidémies et que des protocoles étaient en vigueur[17].

Recommandations du Comité

Le signalement et l'analyse rapides et systématiques des plaintes, des événements inusités et des épidémies d'infections contagieuses sont essentiels au maintien de la santé et de la sécurité des pensionnaires des établissements de soins de longue durée.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

3. Le ministère impose des normes de signalement en temps plus opportun et exige que tous les bureaux régionaux consignent les plaintes, les événements inusités et les épidémies d'infections contagieuses dans le système informatique de suivi des établissements (FMIS).

4. Le ministère instaure des procédures pour analyser les plaintes, les événements inusités et les épidémies d'infections contagieuses afin de cerner les tendances sur le plan des lacunes dans les établissements/le système et d'y remédier au moyen de mesures systémiques et coordonnées.

3.3 Permis et ententes de services

En vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, aucun établissement ne peut être ouvert ou exploité sans permis. Les permis viennent à expiration et doivent être examinés chaque année. Ils peuvent être révoqués ou leur renouvellement peut être refusé en cas d'infraction à la loi par le titulaire. Les foyers municipaux et de bienfaisance n'ont pas à obtenir de permis, mais tous les exploitants d'établissement doivent signer une entente de services avec le ministère. Au moment de la vérification, aucune des maisons de soins infirmiers en exploitation n'avait de permis valide.

Selon la directive du Conseil de gestion du gouvernement concernant la responsabilisation en matière de paiements de transfert, une entente doit être signée avant que le ministère puisse avancer des fonds. Le personnel de vérification a noté que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avait l'habitude de finaliser et de signer les ententes de services annuelles après la fin de l'année de financement. Au moment de la vérification, aucune des ententes de services pour 2001 et 2002 n'avait été signée. Le personnel de vérification a aussi constaté que le ministère ne tenait pas compte de la conformité des établissements aux normes ministérielles au moment de signer les ententes de services.

Le vérificateur a recommandé que le ministère s'assure que tous les établissements ont signé des ententes de services valides et que l'état de conformité de chaque établissement est pris en compte. Il a également recommandé que le ministère s'assure que toutes les maisons de soins infirmiers détiennent des permis valides, comme l'exige la loi.

Au moment de la vérification, le ministère entreprenait un examen du processus de gestion soutenant les ententes de services. Les ententes de services pour 2001 et 2002 devaient être distribuées aux exploitants d'établissement avant le 31 octobre 2002 et celles pour 2003, avant le 31 décembre 2002[18].

Audiences du Comité

Les conseillers en conformité surveillent la conformité des établissements aux lois, aux règlements, aux politiques, aux ententes de services, ainsi qu'aux normes et aux critères contenus dans le manuel du programme des établissements.

La ministre et le directeur des établissements de soins de longue durée ont le pouvoir d'imposer des sanctions aux établissements. Le ministère rétablit le soutien à la fonction d'application au bureau central et a embauché un coordonnateur de l'application qui assurera la coordination de l'unité ministérielle de la conformité et de l'application. Cette unité sera chargée de la surveillance des établissements à risque élevé, de la coordination des activités d'application, de l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données, de l'élaboration de programmes d'éducation à l'intention du personnel de la conformité, et d'autres soutiens opérationnels.

Permis

Il existe des permis pour les maisons de soins infirmiers. Les permis sont un instrument financier permettant aux propriétaires de démontrer qu'ils ont investi dans leur établissement; ils sont réputés demeurer en vigueur à compter du moment où l'exploitant en fait la demande. La délivrance des permis n'est pas reliée directement aux soins et à la conformité.

Les membres du Comité ont appris que la plupart des gens s'en remettaient aux rapports d'inspection annuelle affichés dans l'établissement pour s'assurer que les règles étaient respectées et les normes maintenues. On a rappelé au Comité que seules les maisons de soins infirmiers détenaient des permis, ce qui signifie qu'environ la moitié des établissements de soins de longue durée n'en possèdent pas. Ils ont également appris que l'examen du Programme d'inspections de conformité (PIC) comprend une étude des façons d'instaurer un processus d'approbation uniforme pour les trois genres d'établissement.

Toutes les maisons de soins infirmiers admissibles détenaient un permis valide en date du 1er septembre 2002. Les membres du Comité ont obtenu l'assurance que les permis demeureraient à jour[19].

Le Comité fait remarquer qu'en vertu de l'article 13 de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*,

> Le directeur peut révoquer ou refuser de renouveler le permis d'une maison de soins infirmiers si, selon le cas :
>
> a) le titulaire de permis contrevient à la présente loi ou aux règlements ou à une autre loi ou à un autre règlement qui s'applique à la maison de soins infirmiers;
>
> a.1) le titulaire de permis a violé l'entente de services concernant la maison de soins infirmiers qu'il a conclue avec la Couronne du chef de l'Ontario[20].

Ententes de services

Le ministère a entrepris l'examen du processus de gestion des ententes de services. Les ententes pour 2001 et 2002 avaient été distribuées. Les exploitants étaient censés recevoir celles pour 2003 avant le 30 avril 2003. Le délai, semble-t-il, était imputable aux exigences en matière d'information[21].

Les membres du Comité ont demandé au personnel du ministère les raisons pour lesquelles il ne refuserait pas de signer une entente de services tant qu'un établissement ne serait pas en conformité avec la loi. Le personnel a répondu que le premier objectif était de corriger la situation. Un PIC pour une population vulnérable vise à assurer que les pénalités n'ont pas de répercussions négatives imprévues. Dans le cas d'une infraction grave, le ministère peut demander d'obtenir la tutelle de l'organisme. Toutefois, il suspendrait probablement les admissions avant de faire une telle demande[22].

Renseignements supplémentaires

Dans le cadre des examens et des inspections, le personnel de la conformité peut cerner des aspects à l'endroit desquels les établissements ne respectent pas les normes ou critères énoncés dans le *Manuel*. Dans ce cas, les exploitants sont tenus de produire un plan de conformité dans un délai de 14 jours, lequel sera examiné par le ministère et indique les mesures que comptent prendre les exploitants pour assurer la conformité de leur établissement. Dans certains cas, il peut être nécessaire de prendre des mesures sur-le-champ, avant la soumission du plan, pour éliminer des aspects posant des risques. En ce qui concerne les aspects non conformes à la loi et aux règlements, les établissements doivent soumettre leur plan de conformité dans un délai de sept jours[23].

Recommandations du Comité

Le Comité reconnaît la décision du ministère de fournir un soutien supplémentaire à sa fonction d'application au moyen de l'embauchage d'un coordonnateur de l'application.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

5. Le ministère s'assure que des pratiques sont en vigueur pour garantir que les permis sont toujours à jour conformément à la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et que tous les établissements de soins de longue durée ont des ententes de services valides qui tiennent compte de leur état de conformité.

6. Le ministère fait rapport sur le travail de l'unité d'application et sur les progrès réalisés à l'endroit de la surveillance des établissements à risque élevé, de la coordination des activités d'application, de l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données et de l'élaboration de programmes d'éducation à l'intention du personnel de la conformité.

4. FINANCEMENT QUOTIDIEN

4.1 Niveaux de soins

Les niveaux de soins requis par les pensionnaires de chaque établissement sont déterminés au moyen d'une évaluation annuelle. Les évaluatrices et évaluateurs[24] examinent les dossiers et le régime de soins des pensionnaires, et ceux-ci sont ensuite classés dans une des sept catégories de soins infirmiers et personnels. Un facteur de pondération axé sur les besoins évalués des pensionnaires est attribué à chaque catégorie. Le pourcentage de pensionnaires dans chaque catégorie est multiplié par le facteur de pondération correspondant afin de déterminer la clientèle de l'établissement.

En 2001-2002, les fonds octroyés aux établissements au titre des soins infirmiers et personnels représentaient environ 1,1 des 1,6 milliard de dollars versés aux établissements de soins de longue durée par le ministère[25].

4.2 Suffisance du financement quotidien

En 1995, le vérificateur a recommandé au ministère d'utiliser l'information relative au coût des soins et du logement pour vérifier l'exactitude des tarifs standard payés dans chaque enveloppe. Le ministère a apporté des ajustements périodiques, mais il n'a pas fait d'analyse détaillée pour déterminer le financement approprié.

En juin 2000, le ministère a établi un comité pour qu'il examine les modalités d'établissement, d'allocation et de distribution du financement et qu'il recommande des améliorations à l'actuelle méthode basée sur les tarifs quotidiens. Le comité a recommandé d'augmenter chaque enveloppe, mais n'a pas parlé de la suffisance du financement.

Pour les deux années précédant la vérification, le ministère a produit des rapports des dépenses qui indiquaient, pour chaque établissement, les montants réellement dépensés par pensionnaire par jour pour chaque type de dépenses et pour chaque enveloppe de financement. Les données sur les coûts sont accumulées par secteur à l'intérieur de chaque région. Dans le cadre de l'examen des rapports de 1999 produits pour les trois régions visitées, le personnel de vérification a relevé d'importants écarts entre les secteurs et entre les établissements au chapitre des dépenses liées aux soins infirmiers et personnels et des frais d'hébergement.

En 1995, le vérificateur a recommandé que le ministère élabore des normes pour mesurer la capacité des établissements à prodiguer des soins de qualité et qu'il mette au point des modèles de composition du personnel requis pour offrir les soins infirmiers et personnels afin d'arriver aux niveaux de financement appropriés. Avant 1996, le ministère exigeait que chaque établissement ait une infirmière ou un infirmier autorisé de service et sur place en tout temps. Il garantissait un financement suffisant pour que chaque pensionnaire reçoive, en

moyenne, au moins 2,25 heures de soins infirmiers et personnels par jour. Ce financement devait être fourni quels que soient les besoins globaux des pensionnaires dans chaque maison de soins infirmiers.

En 2001, le ministère a fourni les fonds nécessaires pour que PricewaterhouseCoopers puisse examiner et comparer les services offerts aux pensionnaires des établissements de l'Ontario et ceux fournis ailleurs au Canada, aux États-Unis, en Europe et dans les établissements de soins chroniques de l'Ontario. L'analyse portait uniquement sur la quantité de soins fournis. Les données d'un grand nombre des administrations comparatives étaient antérieures de trois à cinq ans à celles de l'Ontario. Plusieurs de ces administrations devaient soumettre leurs données à des fins de financement, ce qui pouvait avoir un impact sur leur qualité, selon les experts-conseils. Malgré ces réserves, le rapport disait que les résultats de l'étude indiquaient que les pensionnaires des établissements de l'Ontario recevaient moins de services de soins infirmiers et de thérapie que dans d'autres régions avec des populations semblables. Les pensionnaires de l'Ontario affichaient aussi d'importants écarts au chapitre des niveaux de dépression, des niveaux cognitifs et des problèmes de comportement, qui indiquaient des besoins accrus demandant des niveaux de service plus élevés.

D'après le personnel de vérification, rien n'indiquait que le ministère ait donné suite aux résultats de l'étude. Il a également noté que 36 États américains avaient établi des exigences ou des normes en matière de dotation. Au moment de la vérification, le ministère n'avait pas d'exigences en matière de dotation et ne surveillait pas les ratios employés/pensionnaires de chaque établissement, le nombre d'heures de soins prodigués aux pensionnaires par des infirmières et infirmiers autorisés, ni le rapport entre le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés et le nombre d'infirmières et infirmiers non autorisés.

Le vérificateur a recommandé au ministère de vérifier la suffisance des tarifs standard en vigueur dans chaque catégorie de financement, d'élaborer des normes pour mesurer la capacité des établissements à fournir les services et d'élaborer des normes de dotation appropriées pour les établissements[26].

Audiences du Comité

Le 1er août 2002, le financement des soins infirmiers et personnels a été augmenté de 100 millions de dollars, pour s'établir à 6,33 $ par pensionnaire par jour. Le tarif quotidien total pour un établissement avec des niveaux de soins moyens s'élève à 110,73 $. Le ministère a reconnu la nécessité d'adopter un instrument d'évaluation amélioré qui permettra d'élaborer des normes de dotation et des mesures des résultats pour améliorer les soins prodigués aux pensionnaires. Il examine la possibilité de mettre en œuvre un nouvel instrument de classification des pensionnaires ainsi qu'une nouvelle méthode de financement[27].

Rapport de PricewaterhouseCoopers

Le personnel du ministère a reconnu que les résultats de l'étude ne donnaient pas une image positive de l'Ontario, tout en précisant que le public ne devait pas s'en inquiéter ni prendre les résultats au pied de la lettre.

Les problèmes soulevés dans l'étude au sujet des soins infirmiers et personnels ont abouti à l'ajout du montant de 100 millions de dollars dans cette enveloppe, annoncé à l'été 2002. Les soins infirmiers et personnels représentaient environ 48 % du financement quotidien total en 1993; aujourd'hui, c'est 54 %. Le financement global des établissements de soins de longue durée a augmenté de 56 % au cours des sept dernières années. Ce calcul comprend le stock de nouveaux lits. Compte non tenu des nouveaux lits, le financement quotidien aurait augmenté de 36 %.

Les membres du Comité ont également appris qu'un grand nombre des administrations comparatives de l'étude ne faisaient pas de distinction pour les besoins exigeant des niveaux de service plus élevés comme les soins chroniques. Il existe un réseau de soins chroniques en Ontario. Si le montant de plus de 300 millions de dollars par année octroyé pour quelque 7 000 patients exigeant des soins continus complexes entrait dans le calcul du tarif quotidien, celui-ci serait plus élevé. Par ailleurs, d'autres sommes octroyées dans le cadre de fonds spéciaux n'étaient pas davantage incluses.

À la lumière des résultats de l'étude, le vérificateur a recommandé l'adoption de normes de dotation pour les établissements tout en mentionnant leur incidence sur la détermination des niveaux de soins. C'est ce qui a incité le Comité à demander au personnel du ministère à quel moment ces normes seraient adoptées.

Le ministère a informé le Comité qu'il prenait des mesures à la suite de la recommandation contenue dans le rapport PricewaterhouseCoopers voulant qu'il instaure le système MDS (Minimum Data Set) pour la classification des pensionnaires, qui procurera beaucoup plus de renseignements sur les activités des établissements de soins de longue durée[28]. (On discute de ce point de façon plus approfondie à la section 6 « Mesures du rendement » du présent rapport.)

Annonce de financement du 31 juillet 2002

Le 31 juillet 2002, le ministre associé de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé l'octroi d'une somme de 198 millions de dollars pour améliorer la prestation des soins de longue durée. La somme de 100 millions de dollars octroyée pour les soins infirmiers et personnels ajouterait au secteur des soins de longue durée 2 400 infirmiers et infirmières et aides aux soins personnels, ce qui représentait environ 3,9 équivalents temps plein prodiguant les soins infirmiers et personnels par établissement de 100 lits[29].

Utilisation des fonds

Lorsque le Comité a demandé au personnel du ministère combien d'infirmiers et d'infirmières et d'aides aux soins personnels avaient été embauchés depuis l'annonce, celui-ci a répondu qu'il s'apprêtait à mener un sondage exhaustif sur

papier auprès de tous les établissements de soins de longue durée pour déterminer de quelle façon les fonds avaient été dépensés. Le sondage devait faire l'objet d'un essai sur le terrain cette semaine-là et serait probablement distribué au cours des dix prochains jours. Le personnel du ministère prévoyait qu'il faudrait compter environ deux mois avant que le ministère reçoive et analyse toutes les données.

Les établissements auraient reçu en moyenne 6,33 $ de plus sur leur tarif quotidien par lit. La distribution de ces fonds a commencé en août 2002 et les établissements savaient à ce moment le montant qu'ils recevraient. Le ministère a toutefois jugé raisonnable de ne pas effectuer le sondage avant que les gens aient eu réellement l'occasion d'investir les fonds. (Un sondage effectué plus tôt par téléphone n'avait pas permis d'obtenir tous les détails nécessaires.) Lorsque le Comité lui a demandé si les résultats du sondage seraient déposés, le personnel du ministère a répondu qu'aucune décision n'avait été prise à ce sujet.

Les discussions entre les membres du Comité et le personnel du ministère comprenaient des références au sondage des établissements effectué par l'Ontario Nurses Association (ONA). D'après ce sondage, une partie des fonds avaient servi à éponger des déficits ou à combler des manques à gagner. On a également laissé entendre que certains foyers pour personnes âgées avaient acheminé une partie des fonds aux municipalités.

Le personnel du ministère a reconnu s'être réuni avec l'ONA et avoir eu vent des résultats du sondage. Même si aucune révélation à ce sujet ne justifiait la prise de mesures immédiates, le personnel du ministère a dit à l'ONA (et ultérieurement à l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors et aux municipalités) qu'il assurerait un suivi des renseignements fournis. C'est ainsi que le ministère a décidé de mener son propre sondage.

Le nouveau financement a été octroyé conformément aux règles contenues dans le(s) manuel(s) du ministère. (Le personnel du ministère hésitait à préciser les utilisations admissibles dans l'enveloppe concernant les soins infirmiers et personnels sans consulter d'abord des sources pertinentes, mais il a toutefois mentionné qu'éponger un déficit n'était pas une dépense admissible.) Le personnel régional saurait ce qui constituait des dépenses admissibles ou non dans l'enveloppe.

Les sommes dépensées de manière non conforme au(x) manuel(s) seraient récupérées. Les membres du Comité ont obtenu l'assurance que les infractions entraîneraient la prise de mesures par le ministère[30].

Renseignements supplémentaires

Le financement quotidien des soins infirmiers et personnels s'applique au salaire et aux avantages sociaux des infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et des aides aux soins de santé qui participent à la prestation directe des soins aux pensionnaires. Il englobe également les frais d'administration des soins infirmiers et personnels, y compris le salaire et les

avantages sociaux du directeur des soins infirmiers, des gestionnaires du personnel infirmier et des commis de section ainsi que le coût des fournitures pour les soins médicaux et infirmiers et celui du matériel.

Tous les coûts obligatoires des établissements sont financés au moyen de l'enveloppe applicable aux soins infirmiers et personnels. Les éléments admissibles dans le cadre de la formule de financement comprennent les cotisations de l'employeur au RPC et à l'AE, l'impôt-santé des employeurs, les cotisations à la CSPAAT, aux autres régimes de retraite et d'assurance et les autres coûts relatifs aux employés qui ne sont pas compris dans les salaires[31].

Fournitures pour l'incontinence

À la suite d'une modification apportée à la politique de financement le 1er août 2002, les fournitures pour l'incontinence sont devenues des dépenses admissibles déclarées et financées dans le cadre de l'enveloppe applicable aux soins infirmiers et personnels plutôt que de l'enveloppe concernant les autres coûts d'hébergement[32]. Il n'y a pas eu de diminution correspondante du financement de cette dernière enveloppe.

Selon les estimations du ministère, la valeur de la nouvelle entente est d'environ 26,7 millions de dollars. Le Comité a demandé au personnel du ministère à quelles fins était consacré le reste de l'enveloppe concernant les autres coûts d'hébergement.

Le transfert des fonds dans l'enveloppe applicable aux soins infirmiers et personnels permettait d'assurer un meilleur suivi des dépenses consacrées à l'incontinence, problème qui touche 86 % des pensionnaires des établissements. Le reste de l'enveloppe concernant les autres coûts d'hébergement a pu être affecté au paiement de dépenses telles que les services publics. Le personnel du ministère a convenu que cette dernière enveloppe était la seule dans laquelle les exploitants pouvaient réaliser un profit ou un excédent[33].

Recommandations du Comité

Les résultats du sondage exhaustif pourraient avoir d'importantes répercussions sur le financement public des établissements de soins de longue durée et sur les politiques régissant la distribution et l'utilisation des fonds.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

> **7. Le ministère fournit au Comité un résumé des résultats du sondage exhaustif concernant le financement supplémentaire des soins infirmiers et personnels annoncé en juillet 2002 et des mesures prises par le ministère, au besoin, pour récupérer les sommes consacrées à des fins non admissibles.**

8. Le ministère entreprend une analyse détaillée pour s'assurer d'affecter un montant suffisant à chacune des quatre enveloppes de financement.

9. Le ministère fait rapport sur les progrès réalisés du point de vue de l'évaluation des soins et du personnel requis par les pensionnaires.

4.3 Rapprochements annuels

Chaque établissement doit présenter un rapport annuel vérifié à son bureau régional pour que celui-ci puisse comparer les dépenses réelles aux dépenses approuvées et déterminer s'il convient d'ajuster le financement final.

Le personnel de vérification a noté que le ministère n'avait pas établi de date limite pour effectuer ces rapprochements et que les surplus n'étaient pas recouvrés avec promptitude. Les retards dans le recouvrement des fonds excédentaires pour l'année civile 1999 ont coûté aux contribuables au moins 5 millions de dollars en frais d'intérêt.

Ce n'est qu'en avril 2001 que le ministère a transmis aux établissements les formulaires de rapport annuel pour l'année civile 1999. La plupart des exploitants ont rempli et retourné les formulaires requis dans les 90 jours suivant leur réception. Le personnel du bureau régional n'a commencé le processus de rapprochement qu'à l'automne 2001. Les formulaires pour l'année civile 2000 ont été envoyés aux exploitants le 25 février 2002.

La plupart des établissements enregistrent des surplus parce que le ministère a l'habitude de sous-estimer les recettes provenant des paiements effectués par les pensionnaires, car certains d'entre eux sont admissibles à des réductions de tarif. Les établissements n'ont pas besoin de l'autorisation du ministère pour réduire le tarif de base de l'hébergement en salle commune pour les pensionnaires nécessiteux.

Bien que les analystes financiers des bureaux régionaux ajustent les paiements pour l'année en cours en se basant sur des estimations plus récentes des paiements effectués par les pensionnaires, les approches diffèrent selon la région. Le personnel du ministère a informé le personnel de vérification qu'un processus normalisé d'ajustement pour l'année en cours serait utilisé à compter du 1er juillet 2002[34].

4.3.1 Processus de rapprochement

Les fonds de chaque enveloppe octroyés aux établissements sont censés couvrir les dépenses admissibles énoncées dans le *Manuel*. Sauf dans le cas des fonds reçus pour certains coûts d'hébergement, les établissements doivent retourner au ministère tous les fonds non dépensés.

Le personnel de vérification a examiné les données financières soumises par les établissements et constaté qu'elles étaient insuffisantes pour déterminer si les

fonds de chaque enveloppe avaient été utilisés aux fins prévues. La plupart des analystes financiers régionaux du ministère qui ont été interrogés convenaient que l'information était insuffisante.

Par ailleurs, un certain nombre d'exploitants d'établissement exploitaient aussi des maisons de retraite sur des terrains contigus. Ces maisons de retraite ne reçoivent pas de fonds du ministère, mais peuvent partager certains services et employés avec les établissements de soins de longue durée qui y sont affiliés. Dans trois régions, le ministère a dénombré 69 établissements avec maisons de retraite attenantes. Les établissements de soins de longue durée ne sont pas tenus de présenter un ensemble complet d'états financiers vérifiés, ce qui fait que le ministère ne peut pas savoir si les exploitants répartissent les coûts de façon appropriée.

Le vérificateur a recommandé que l'information financière vérifiée fournie par les établissements réponde aux besoins du ministère et que les rapprochements soient effectués et les surplus récupérés en temps opportun[35].

Audiences du Comité

Le ministère prévoit d'examiner le formulaire et l'information actuellement recueillie auprès des établissements pour s'assurer qu'elle répond à ses besoins. Il s'attendait de distribuer aux établissements avant le fin de février 2003 les rapports de rapprochement pour 2001 et 2002. Le ministère a uniformisé le rapport sur les recettes d'occupation. Depuis le 1er janvier 2003, les sept bureaux régionaux surveillent les mouvements de trésorerie et les ajustent au besoin[36].

Recommandations du Comité

Le Comité recommande donc ce qui suit :

10. En plus de surveiller et d'ajuster les mouvements de trésorerie, le ministère effectue des rapprochements et récupère les surplus en temps opportun.

11. Le ministère fait rapport au Comité sur la situation des rapports de rapprochement pour 2001 et 2002.

5. PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE ET ALLOCATION DES LITS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Le rapport de vérification de 1995 soulignait que le ministère n'avait pas élaboré de stratégie pour faire face à l'augmentation prévue de la demande de lits de soins de longue durée ni de plan systématique pour identifier les régions où les besoins étaient les plus pressants.

À l'automne 1996, le ministère a établi le Comité directeur de répartition des lits de soins de longue durée et d'étude des besoins pour examiner les façons

d'assurer une répartition équitable des lits et recommander les modifications à apporter aux lois ou aux politiques pour faciliter la répartition.

Dans son rapport de 1997, le comité directeur soulignait que les lits financés et réglementés par la province avaient été répartis de façon inéquitable et que cette répartition avait été le fait d'un accident plutôt que d'une planification basée sur les besoins. Il a recommandé au ministère d'entreprendre une étude plus approfondie afin d'établir un objectif quant au nombre requis de lits de soins de longue durée et l'a exhorté à tenir compte de ses recommandations conjointement avec celles de la Commission de restructuration des services de santé (CRSS). En 1997, la CRSS a diffusé un document de travail qui indiquait que l'Ontario aurait besoin de 15 404 lits de soins de longue durée supplémentaires en 2003, ce qui se traduirait par un ratio moyen de 96,4 lits par tranche de 1 000 personnes de 75 ans et plus.

En avril 1998, le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé en principe un plan du ministère demandant la construction de 20 000 nouveaux lits avant la fin de l'exercice 2005-2006 ainsi que la rénovation d'établissements comptant 13 583 lits qui ne répondaient pas aux exigences structurelles en vigueur. Le personnel du ministère a informé le personnel de vérification que malgré l'absence de normes ministérielles permettant de déterminer la demande de lits, le ministère cherchait à atteindre un objectif de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Le ministère a été incapable de dire comment il était arrivé à cet objectif, mais il était conforme à celui recommandé par la CRSS. Le vérificateur a noté que la future demande de lits dépendait de nombreux facteurs, dont la disponibilité des soins à domicile, des soins chroniques et d'autres services.

En se fondant sur l'attribution des nouveaux lits, en 2006 les ratios projetés dans les zones de service devraient varier entre 88 et 138 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Sans les nouveaux lits, ces ratios fluctueraient entre 38 et 138 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. En règle générale, les régions les plus susceptibles de dépasser l'objectif excédaient déjà celui-ci avant l'attribution et n'ont donc pas obtenu de nouveaux lits.

Le vérificateur a recommandé au ministère de faire des études pour déterminer si son objectif était approprié et d'élaborer une stratégie pour donner suite aux résultats des études[37].

Audiences du Comité

Le processus d'expansion se déroule comme prévu dans tous les endroits où l'on a annoncé l'aménagement de nouveaux lits. Plus de 8 400 lits ont été aménagés et plus de 7 800 faisaient l'objet d'un appel d'offres ou étaient en voie d'aménagement en date du 3 février 2003. En attendant que les nouveaux lits soient prêts, 1 700 lits provisoires ont été mis en place en guise de solution à court terme pour les patients qui attendent d'être transférés dans un établissement permanent.

Le ministère s'emploie à élaborer une stratégie à long terme qui tiendra compte de toute la gamme des services offerts aux personnes âgées et recommandera les mesures à prendre dans le cadre des programmes. La stratégie permettra à la province d'estimer les besoins futurs et de surveiller et ajuster les interventions de façon continuelle.

Un système a été instauré à l'été 2002 pour gérer et surveiller l'occupation de tous les lits. L'occupation fait maintenant l'objet d'un suivi mensuel tout comme les listes d'attente et le transfert des personnes entre les établissements. Le pourcentage d'occupation dans la province pour les deux années précédentes était de 96,8 %; au moment des audiences, il était de 98,4 %. Le niveau d'occupation des anciens établissements n'avait à peu près pas diminué. En décembre 2002, il était de 98,6 %, contre 98,8 % pour les deux années précédentes. Au moment des audiences, il y avait 16 000 personnes sur les listes d'attente[38].

Programme de viabilité

D'après le personnel du ministère, l'OLTCA et l'OANHSS avaient réclamé un filet de sécurité temporaire de crainte qu'il y ait une surcapacité temporaire de lits dans les établissements lorsque tous les lits nouveaux et réaménagés seraient disponibles. Une surcapacité pourrait avoir des répercussions sur le montant octroyé aux établissements dans l'enveloppe de financement de l'hébergement et sur la quote-part versée par les pensionnaires au titre de l'hébergement. La réduction de ce financement entraverait la capacité d'un établissement de faire ses paiements hypothécaires, de poursuivre ses activités et de fournir des soins.

Tout en soutenant que rien ne laissait entrevoir une surcapacité de lits, le personnel du ministère a dit au Comité qu'il prévoyait d'annoncer sous peu un programme de viabilité (Sustainability Program). Une fois en vigueur, ce programme permettrait au ministère de déterminer les programmes à mettre en œuvre (p. ex. séjour de courte durée, soins de relève) pour s'assurer que les lits étaient occupés. Les nouveaux établissements ne seraient pas admissibles au programme, mais les établissements de catégorie B et C ainsi que ceux de catégorie D (voir les descriptions à la section 6.1) qui ont signé une entente d'aménagement pourraient y participer.

Il reste à mettre au point les détails, mais le programme est censé durer deux ans et être mis en œuvre progressivement sur six mois.

Le Comité s'est informé des coûts du programme de viabilité auprès du personnel du ministère. Historiquement, les exploitants d'établissement dont le taux d'occupation était inférieur à 97 % étaient tenus de retourner le financement au ministère. Or, les fonds ne seront pas retournés dans le cadre de ce programme.

Les quote-parts des pensionnaires ne seront pas remplacées dans le cadre du programme. Le ministère ne s'attend pas à ce que l'établissement conserve le financement quotidien total du gouvernement. La portion conservée sera affectée aux soins infirmiers et personnels de façon à maintenir le personnel en poste et à

éviter des mises à pied. Les fonds de l'enveloppe applicable aux soins infirmiers et personnels qui seront affectés à des fins non appropriées seront récupérés dans le cadre du processus de rapprochement.

Les autres activités associées au programme comprendront le transfert de patients d'hôpitaux de soins actifs qui obtiendraient des soins plus adéquats dans un établissement de soins de longue durée. Le ministère étudie également la possibilité de permettre aux personnes qui souhaitent demeurer dans un établissement donné d'occuper un lit de court séjour dans un autre établissement en attendant.

L'instauration d'un écart de prix qui ferait que le tarif est plus élevé dans un nouvel établissement est un moyen qui a été suggéré pour remédier à certaines préoccupations des exploitants. Le personnel du ministère a répondu au Comité que le principe qui est au cœur de la politique de la quote-part est que la capacité de payer ne soit pas un obstacle à l'obtention de soins. Compte tenu toutefois des nouveaux lits et des autres changements apportés dans le réseau, cette politique fait l'objet d'un examen, mais aucune décision n'a été prise sur la voie à suivre[39].

Renseignements supplémentaires

Selon les estimations du ministère, le coût maximum du programme de viabilité sera d'environ 23 millions de dollars en 2003-2004[40].

Recommandations du Comité

Le Comité est conscient des préoccupations des exploitants des établissements à l'endroit d'une surcapacité temporaire de lits, mais il estime que le programme de viabilité proposé par le ministère nécessite une étude plus approfondie.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

12. Le ministère fournit au Comité une mise à jour sur la situation du programme de viabilité, plus précisément sur les points suivants :

- **(i) la date d'entrée en vigueur prévue;**
- **(ii) la durée du programme;**
- **(iii) les composantes du programme;**
- **(iv) les taux d'occupation minimum révisés;**
- **(v) le coût estimatif du programme du début jusqu'à la fin.**

13. Le programme de viabilité comprend l'exigence que les établissements de soins de longue durée divulguent dans leurs états financiers annuels vérifiés de quelle façon ils ont dépensé les fonds non retournés au ministère pendant la durée du programme.

Annexe

On trouvera en annexe au présent rapport les observations du vérificateur sur le plan de réaménagement des immobilisations du Projet de réaménagement des soins de longue durée et sur le processus d'attribution des nouveaux lits. L'annexe comprend également de l'information sur les mêmes sujets transmise par le ministère pendant et après les audiences.

6. MESURES DU RENDEMENT

En mai 2000, le Conseil de gestion du gouvernement a déclaré que le ministère devait établir des mesures des résultats et prendre des engagements acceptables afin de mieux refléter ses principales activités et programmes et sa contribution aux résultats des activités de base. La seule mesure du rendement indiquée pour les établissements de soins de longue durée dans son plan d'activités pour 2000-2001 était d'accroître le nombre de lits.

Le même plan d'activités stipulait que l'objectif de la Division des programmes intégrés de soins de santé incluait deux mesures du rendement : les résultats des inspections de conformité annuelles (100 % des établissements) et le réaménagement des lits de catégorie D. Le vérificateur a souligné que le plan ne prévoyait ni engagements ni mesures permettant de déterminer si les services fournis étaient appropriés ou si les programmes des établissements répondaient aux besoins des pensionnaires.

Des représentants du ministère ont dit au personnel de vérification qu'il y avait des lacunes dans leur évaluation de l'efficience et de l'efficacité des programmes et qu'ils envisageaient de mettre en œuvre le Resident Assessment Instrument (RAI) (instrument d'évaluation des pensionnaires), utilisé par toutes les maisons de soins infirmiers parrainées par le gouvernement américain comme instrument de mesure détaillé et uniformisé pour les pensionnaires bénéficiaires de soins de longue durée. Le RAI se compose d'un ensemble de données essentielles (Minimum Data Set ou MDS) et d'une série de protocoles d'évaluation. Des indicateurs de qualité tirés du RAI peuvent aider à cerner les problèmes possibles et à repérer les conditions inadéquates. Le personnel du ministère a affirmé que son système de classification des niveaux de soins recueillait une soixantaine d'éléments d'information sur chaque pensionnaire alors que le MDS pourrait en recueillir plus de 400. Il estimait que les informations recueillies par le MDS pourraient servir à établir des repères et à déceler les améliorations sur le plan de la qualité.

En octobre 2000, un comité d'examen a recommandé au ministère de piloter la mise en œuvre du RAI dans 40 établissements et de procéder à une évaluation avant la mise en œuvre intégrale. Au moment de la vérification, aucun projet pilote n'avait été mis en œuvre.

Le vérificateur a recommandé au ministère d'établir des objectifs pour les programmes, des mesures du rendement et des repères et de s'en servir pour

évaluer le rendement, de prendre des mesures correctives au besoin et de faire publiquement rapport du rendement obtenu[41].

Audiences du Comité

Le ministère se propose d'adopter un système qui recueillera les données et organisera l'information afin d'élaborer des plans de soins individualisés pour les pensionnaires et faire ainsi en sorte que les infirmières et infirmiers consacrent moins de temps aux procédures documentaires et davantage à la prestation des soins. Le système utilisera aussi les données pour mettre au point des indicateurs de qualité pondérés en fonction des risques. Ces indicateurs permettront d'établir des repères et d'effectuer une comparaison des établissements à l'aide des données de référence. Des mesures correctives seront prises au besoin[42].

Instrument d'évaluation des pensionnaires (RAI)

Le MDS a été décrit comme faisant partie d'une série d'instruments pouvant être utilisés avec différents groupes de gens. Le ministère songe sérieusement à adopter le MDS, car c'est un instrument plus moderne qui lui fournirait des données qu'il ne possède pas à l'heure actuelle. La secteur de la santé mentale et celui des soins à domicile du réseau de la santé utilisent ce système.

Le Comité s'est informé auprès du personnel du ministère de la situation du projet pilote dont il est question dans le rapport de vérification. Des ressources ont été affectées au projet, mais il reste à déterminer la date de lancement et la durée du projet. Compte tenu de la taille du système du ministère, il faut tenir compte des coûts ainsi que du soutien de la TI et des autres soutiens nécessaires.

Étant donné que le projet pilote n'était encore qu'un projet, le personnel du ministère n'était pas en mesure de fournir une réponse précise lorsque le Comité lui a demandé à quel moment il commencerait à obtenir de l'information du MDS. Se fondant sur le temps qu'a exigé l'instauration du MDS aux États-Unis et dans d'autres systèmes, le personnel du ministère estimait que la mise en œuvre intégrale du MDS et la formation connexe du personnel pourraient prendre au moins trois ans. Par ailleurs, il ne voulait pas préjuger des conclusions de l'examen du Programme d'inspections de conformité (PIC), lesquelles pourraient répondre à certaines préoccupations du vérificateur au sujet des mesures du rendement[43].

Recommandation du Comité

Des mesures du rendement efficaces sont essentielles au soin des populations vulnérables. Un grand nombre des observations et des recommandations du vérificateur à l'endroit des établissements de soins de longue durée étaient axées sur les normes et la qualité des soins. Le Comité est d'avis que la mise en œuvre d'un instrument d'évaluation des pensionnaires (RAI) aiderait certainement à répondre aux observations et aux recommandations du vérificateur.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

14. Le ministère s'empresse d'accélérer la mise en œuvre d'un instrument d'évaluation des pensionnaires (RAI) et fait ensuite rapport au Comité sur les progrès réalisés à l'endroit de cet objectif.

7. Liste des recommandations du Comité

Le Comité demande au ministère de répondre aux recommandations suivantes dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport.

1. Le ministère fait rapport au Comité sur l'état de l'examen du Programme d'inspections de conformité (PIC) et sur les progrès réalisés à l'endroit des recommandations du vérificateur sur les inspections annuelles.

2. Le ministère informe le Comité du nombre d'inspections annuelles surprises ou non annoncées qu'il a effectuées entre le 1er février et le 24 mars 2003.

3. Le ministère impose des normes de signalement en temps plus opportun et exige que tous les bureaux régionaux consignent les plaintes, les événements inusités et les épidémies d'infections contagieuses dans le système informatique de suivi des établissements (FMIS).

4. Le ministère instaure des procédures pour analyser les plaintes, les événements inusités et les épidémies d'infections contagieuses afin de cerner les tendances sur le plan des lacunes dans les établissements/le système et d'y remédier au moyen de mesures systémiques et coordonnées.

5. Le ministère s'assure que des pratiques sont en vigueur pour garantir que les permis sont toujours à jour conformément à la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et que tous les établissements de soins de longue durée ont des ententes de services valides qui tiennent compte de leur état de conformité.

6. Le ministère fait rapport sur le travail de l'unité d'application et sur les progrès réalisés à l'endroit de la surveillance des établissements à risque élevé, de la coordination des activités d'application, de l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données et de l'élaboration de programmes d'éducation à l'intention du personnel de la conformité.

7. Le ministère fournit au Comité un résumé des résultats du sondage exhaustif concernant le financement supplémentaire des soins infirmiers et personnels annoncé en juillet 2002 et des mesures prises par le ministère, au besoin, pour récupérer les sommes consacrées à des fins non admissibles.

8. Le ministère entreprend une analyse détaillée pour s'assurer d'affecter un montant suffisant à chacune des quatre enveloppes de financement.

9. Le ministère fait rapport sur les progrès réalisés du point de vue de l'évaluation des soins et du personnel requis par les pensionnaires.

10. En plus de surveiller et d'ajuster les mouvements de trésorerie, le ministère effectue des rapprochements et récupère les surplus en temps opportun.

11. Le ministère fait rapport au Comité sur la situation des rapports de rapprochement pour 2001 et 2002.

12. Le ministère fournit au Comité une mise à jour sur la situation du programme de viabilité, plus précisément sur les points suivants :

(i) la date d'entrée en vigueur prévue;
(ii) la durée du programme;
(iii) les composantes du programme;
(iv) les taux d'occupation minimum révisés;
(v) le coût estimatif du programme du début jusqu'à la fin.

13. Le programme de viabilité comprend l'exigence que les établissements de soins de longue durée divulguent dans leurs états financiers annuels vérifiés de quelle façon ils ont dépensé les fonds non retournés au ministère pendant la durée du programme.

14. Le ministère s'empresse d'accélérer la mise en œuvre d'un instrument d'évaluation des pensionnaires (RAI) et fait ensuite rapport au Comité sur les progrès réalisés à l'endroit de cet objectif.

NOTES

[1] Le 24 juin 2002, les règlements pris en application des trois lois régissant les établissements de soins de longue durée augmentaient la quote-part quotidienne au titre de l'hébergement. L'augmentation devait entrer en vigueur le 1er août 2002. (Le paiement maximum quotidien de base pour un pensionnaire en séjour de longue durée augmenterait de 7,02 $ pour passer de 44,51 $ à 51,53 $, soit une hausse de 15,8 %.) Le 31 juillet 2002, le ministre associé de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé une mise en œuvre progressive sur trois ans de l'augmentation à compter du 1er septembre 2002. La première année, la hausse serait de 3,02 $ et le tarif quotidien augmenterait de 2 $ au cours de chacune des deux années suivantes. Le 29 mai 2003, le premier ministre a annoncé que la hausse de 2003 serait de 1,16 $ au lieu de 2 $; celle de 2004 correspondra au taux d'inflation.

[2] Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario, *Rapport annuel 2002* (Toronto : Le Bureau, 2002), p. 130-132.

[3] Assemblée législative de l'Ontario, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats (Hansard)* (27 février 2003), p. 268.

[4] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 132.

[5] Ibid., p. 132 et 134.

[6] Ibid., p. 135.

[7] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 135-137.

[8] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 267 – 268, 270 – 273 et 278.

[9] Pièce jointe à la lettre du sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée au Comité permanent des comptes publics, en date du 23 avril 2003, p. 1 et 4 .

[10] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 268.

[11] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 138-140.

[12] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 268 et 289.

[13] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 139.

[14] Ibid., p. 139-140.

[15] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 268.

[16] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 139-140.

[17] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 268 et 289.

[18] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 141-142.

[19] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 268, 271 et 289.

[20] *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, L.R.O. 1990, chap. N.7, à jour le 13 juin 2003.

[21] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 268 et 299 – 300.

[22] Ibid., p. 299 - 300.

[23] Lettre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en date du 23 avril 2003, p. 5.

[24] Les évaluations annuelles sont effectuées par environ 150 infirmières et infirmiers contractuels. Voir Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 282.

[25] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 142.

[26] Ibid., p. 143-145.

[27] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 269.

[28] Ibid., p. 280, 281, 286 – 287, 293 et 298.

[29] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « Eves government announces nearly $200 million in long-term care funding » (Le gouvernement Eves annonce près de 200 millions de dollars de financement pour les soins de longue durée), *Canada Newswire*, 31 juillet 2002.

[30] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 284 - 285, 288, 290 – 293 et 294.

[31] Pièce jointe à la lettre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en date du 23 avril 2003, p. 4.

[32] Information fournie par la gestion des enjeux et de la stratégie des communications, Direction des communications et de l'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 24 juin 2003.

[33] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 302.

[34] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 146-147.

[35] Ibid., p. 147-148.
[36] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 269.
[37] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 148-149.
[38] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 269 et 286.
[39] Ibid., p. 273 – 276, 282 – 284 et 294 – 296.
[40] Pièce jointe à la lettre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en date du 23 avril 2003, p. 1.
[41] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 156-158.
[42] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 269.
[43] Ibid., p. 278 et 298 – 299.

ANNEXE

INFORMATION SUR LE PLAN DE RÉAMÉNAGEMENT DES IMMOBILISATIONS ET L'ATTRIBUTION DE NOUVEAUX LITS DANS LE CADRE DU PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE DU MINISTÈRE

1. Plan de réaménagement des immobilisations

En mars 1999, le gouvernement a annoncé que le projet d'augmentation du nombre de lits serait accéléré. Les 20 000 nouveaux lits seraient disponibles en 2004. Le délai de rénovation des établissements non conformes aux normes restait fixé à 2006, tandis que le nombre de lits dans ces établissements passait de 13 583 à 15 835.

La plupart des contrats pour la construction et l'exploitation des nouveaux établissements faisaient suite à trois processus de sélection concurrentiels lancés en décembre 1998, en mars 1999 et en mai 2001. Les nouveaux lits comprenaient environ 1 200 lits qui avaient été attribués à des exploitants dans les années 1980, mais qui n'avaient pas encore été aménagés. Les bureaux régionaux ont administré les processus de sélection de 1998 et 1999, tandis que le bureau du Projet de réaménagement des soins de longue durée (bureau du Projet de réaménagement) s'est occupé du troisième processus.

1.2 Financement des immobilisations

Le ministère finance la construction et la rénovation d'établissements en versant un montant pouvant aller jusqu'à 10,35 $ par lit par jour pendant 20 ans. Le paiement, qui commence le jour où le lit devient disponible, s'élèvera à quelque 75 000 $ par lit nouveau ou rénové. Sur une période de 20 ans, les coûts des immobilisations pour le ministère pourraient atteindre 1,5 milliard de dollars pour les nouveaux lits et 1,2 milliard pour les lits rénovés.

En janvier 2001, le ministère a révisé sa politique concernant les recettes liées aux chambres à supplément (chambre à un ou deux lits). Alors que les établissements partageaient ces recettes à parts égales avec la province, ils pouvaient maintenant en conserver la totalité. Au moment de la vérification, on estimait qu'un financement annuel supplémentaire d'au moins 50 millions de dollars appuierait les coûts de construction.

Le ministère n'avait pas précisé au départ de quelle façon il comptait obtenir les rapports sur les dépenses réelles des établissements exploités depuis plus d'un an pour s'assurer que les fonds quotidiens affectés à la construction étaient basés sur les coûts réels. En février 2002, le ministère a assigné cette responsabilité aux bureaux régionaux.

Le vérificateur a recommandé que les tarifs quotidiens versés pour l'aménagement d'installations soient conformes aux coûts de construction réels[1].

Audiences du Comité

[1] Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario, *Rapport annuel 2002* (Toronto : Le Bureau, 2002), p. 150-151.

La politique relative au financement des coûts de construction des établissements et aux ententes d'aménagement exige que les exploitants présentent des états vérifiés des coûts d'immobilisations définitifs. Au moment des audiences, le ministère mettait au point le formulaire « État final des déboursés » et les lignes directrices connexes pour faire en sorte que les exploitants soumettent les états vérifiés exigés dans les délais prévus. Il s'employait également à élaborer un système de suivi électronique pour surveiller la situation des projets d'aménagement terminés qui bénéficiaient du financement quotidien afin de s'assurer que leurs coûts de construction réels étaient déclarés dans les délais prévus[2].

Recettes liées aux chambres à supplément

Les exploitants touchent maintenant la totalité des recettes liées aux chambres à supplément à la suite de la préoccupation voulant que le financement quotidien maximum de 10,35 $ par lit ne tenait pas compte des coûts de construction. (Avant ce changement, la part provinciale de ces recettes était versée au ministère des Finances.) Le ministère a appris qu'il ne pouvait pas modifier le financement quotidien parce qu'il avait procédé par appel d'offres, un processus concurrentiel régi par des règles bien précises.

L'une des façons pour le ministère de venir en aide aux établissements était de leur laisser sa part des recettes liées aux chambres à supplément de façon qu'elle puisse servir au réaménagement des établissements de catégorie D (c'est-à-dire les établissements qui ne sont pas conformes aux normes de conception de 1972 ou de 1998) et à la construction de nouveaux établissements. Il était conscient que les établissements ne faisaient pas nécessairement tous l'objet d'un réaménagement, mais espérait que les fonds servaient à moderniser les établissements et à améliorer leur situation financière de façon qu'ils aient une plus grande marge de manœuvre lorsqu'un nouveau programme serait lancé.

Le ministère n'a aucune assurance que les fonds sont affectés à la construction, mais a souligné que 65 lits avaient été construits avant l'expansion récente. Il semble que le gouvernement aurait perdu 43 millions de dollars par année en recettes liées aux chambres à supplément à la suite de ce changement[3].

Renseignements supplémentaires

La contribution du ministère aux coûts de construction des nouveaux lits commence uniquement lorsque le projet est terminé et approuvé pour recevoir des pensionnaires. La contribution comprend le financement habituel des établissements, majoré du tarif quotidien pouvant aller jusqu'à 10,35 $ par lit pendant 20 ans.

À l'image du financement des nouveaux lits, le financement du réaménagement des lits de catégorie D commence uniquement lorsque la construction est terminée

[2] Assemblée législative de l'Ontario, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats* (27 février 2003), p. 269.
[3] Ibid., p. 300 – 301.

et que le projet est approuvé pour recevoir des pensionnaires. Les projets D reçoivent déjà le financement quotidien normal pour l'exploitation de lits de soins de longue durée. La contribution du ministère aux coûts d'immobilisations varie en fonction de la catégorie d'aménagement :

- réaménagement – jusqu'à concurrence de 10,35 $ par lit par jour;
- adaptation – entre 7 $ et 10,35 $ par lit par jour;
- modernisation – 1 $ par lit par jour.

Un soutien de transition est offert pour les projets de réaménagement ou d'adaptation des établissements de catégorie D afin de couvrir les coûts inévitables propres à ces projets (p. ex. coût du déménagement des pensionnaires). Le niveau varie entre 205 $ par lit pour le déménagement des pensionnaires actuels et 3 500 $ par lit pour les coûts extraordinaires comme la rationalisation des établissements et la dotation temporaire.

Les frais de construction moyens d'un exploitant se situent entre 120 000 $ et 140 000 $ par lit nouveau ou réaménagé[4].

2. ATTRIBUTION DE NOUVEAUX LITS

Au moment de la vérification, 34 % des nouveaux lits avaient été attribués en 1998, 29 % en 1999 et 37 % en 2001[5]. En 1998 et 1999, l'attribution avait été faite dans le cadre d'un appel d'offres officiel. En 2001, le ministère a eu recours à un processus s'apparentant à un appel d'offres[6].

Selon le processus de 1998, les lits ont été attribués aux candidats ayant obtenu les meilleures notes compte tenu de la distribution géographique dans chaque zone de service. Le ministère pouvait aussi exiger des candidats retenus qu'ils aménagent des lits ailleurs qu'à l'endroit proposé, mais dans la même zone de service. Le personnel de vérification a examiné les lits attribués en 1998 et constaté qu'en général l'attribution était conforme aux critères de sélection indiqués. Cependant, le ministère a été incapable de repérer la documentation à l'appui dans tous les cas d'exception.

Selon le processus de 1999, le ministère se réservait le droit de refuser des lits en cas de concentration inacceptable des propriétaires ou si des candidats ayant présenté au moins quatre propositions retenues étaient incapables de démontrer la capacité financière et organisationnelle de développer un si grand nombre de sites. D'après l'examen qu'a fait le personnel de vérification de la documentation disponible, les candidats ont été choisis conformément au processus de sélection indiqué. Dans tous les cas où le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de points n'a pas été choisi, plusieurs candidats donnaient l'impression de ne pas

[4] Pièce jointe à la lettre du sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée au Comité permanent des comptes publics, en date du 23 avril 2003, p. 5-6.
[5] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 152.
[6] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 277.

posséder la capacité organisationnelle ou financière requise pour aménager tous les lits qui auraient pu leur être attribués. Des experts-conseils de l'extérieur ont été engagés par le ministère pour analyser les candidatures et fournir des conseils et des recommandations.

Un nouveau processus d'évaluation a été utilisé en 2001. Le bureau du Projet de réaménagement a fait évaluer les propositions par des experts-conseils de l'extérieur. Les scores ont servi à répartir les candidats de chaque zone de service en trois catégories. La première incluait les candidats classés en tête de liste; pratiquement tous les candidats se sont vu attribuer des lits. La deuxième catégorie comprenait les autres candidats ayant obtenu plus de 65 %. La préférence était accordée à ceux ajoutant de nouveaux lits à des établissements non conformes sur le plan structurel et à ceux qui proposaient d'aménager des lits dans des lieux privilégiés à l'intérieur des zones de service. Comme en 1999, le ministère se réservait le droit de prendre en compte la capacité financière et organisationnelle des candidats ayant présenté plusieurs propositions retenues. La troisième catégorie regroupait les candidats ayant obtenu moins de 65 % et qui n'étaient pas admissibles à la sélection.

Quelque 900 nouveaux lits ont été attribués en dehors des processus établis pour se conformer aux recommandations concernant les hôpitaux formulées par la Commission de restructuration des services de santé (CRSS) et pour améliorer la viabilité économique des candidats retenus par suite d'appels d'offres antérieurs qui demandaient des lits additionnels.

Après 2001, des processus de sélection concurrentiels ont été instaurés dans trois zones de service afin d'attribuer des lits retournés ou non attribués à cause d'un manque d'intérêt en 2001. Les propositions pour deux des zones de service ont été évaluées d'après une comparaison de leurs aspects positifs et négatifs. Le processus d'attribution pour la troisième zone de service était encore en cours à la fin de la vérification.

Le vérificateur a recommandé que le ministère s'assure que toutes ses décisions étaient justifiées par une documentation appropriée pour démontrer que l'attribution des nouveaux lits de soins de longue durée reposait sur un processus équitable et ouvert qui était appliqué de façon uniforme et objective[7].

Audiences du Comité

Un processus décentralisé comportant la participation d'employés et de comités régionaux a été employé pour les deux appels d'offres. Le ministère a tenté d'obtenir ces renseignements, de les regrouper et de les conserver dans les archives du bureau du Projet de réaménagement. Comme certains dossiers étaient incomplets, des tentatives ont été faites pour obtenir les documents pertinents. Toute la documentation du processus utilisé en 2001 se trouve dans les dossiers. Le personnel du ministère a promis d'examiner ce qui pouvait être mis à la

[7] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 151-153.

disposition du Comité et du public, conformément aux règles en matière de privilège et de confidentialité.

Les deux appels d'offres n'exigeaient pas de terrain dans le cadre de la soumission. À mesure que le ministère se familiarisait avec la complexité de l'aménagement des établissements, il se rendait compte que le temps que mettait un propriétaire-exploitant, un groupe de bienfaisance ou un établissement municipal à trouver un terrain convenable, à le faire approuver comme zone réglementée et à faire modifier les règlements pouvait prendre de un an à deux ans. L'un des critères du troisième appel d'offres était de posséder un terrain, ce qui a accéléré la phase d'aménagement[8].

2.1 Conformité structurelle

Dans son rapport de 1995, le vérificateur a noté que 68 maisons de soins infirmiers contenant quelque 7 000 lits laissaient tant à désirer qu'elles devaient subir des rénovations majeures ou être entièrement reconstruites pour satisfaire aux normes structurelles et environnementales minimales en vigueur.

Le vérificateur notait également dans son rapport de 1995 qu'il n'y avait pas de normes de réglementation comparables concernant les foyers pour personnes âgées et que le ministère n'avait pas déterminé si ces établissements étaient adéquats sur les plans structurel et environnemental. Il avait recommandé au ministère d'établir un plan pour remplacer les établissements qui ne pouvaient satisfaire aux exigences structurelles et environnementales et d'évaluer les foyers pour personnes âgées afin d'en cerner les lacunes structurelles et environnementales.

En avril 1998, le ministère a instauré de nouvelles normes applicables à tous les établissements. Le personnel du ministère a classé chaque établissement dans l'une des quatre catégories suivantes :

- les établissements de catégorie A conformes aux normes de conception de 1998;
- les établissements de catégorie B et C non conformes aux normes de 1998, mais conformes à celles de 1972;
- les établissements de catégorie D non conformes aux normes de 1998 et de 1972.

Ces classifications étaient principalement basées sur l'examen des plans versés aux dossiers du ministère et sur les résultats des évaluations de conformité structurelle des maisons de soins infirmiers réalisées en 1984-1985. Le personnel du ministère n'avait pas de plans de construction pour les foyers municipaux et de bienfaisance. Les établissements pouvaient interjeter appel de leur classification et un certain nombre ont été modifiées.

---

[8] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 277 - 278 et 288 – 289.

Un expert-conseil a été embauché pour inspecter sur place les quelque 320 établissements qui n'avaient pas interjeté appel de leur classification. L'expert-conseil a recommandé un changement de classification pour 32 établissements, mais seulement trois établissements ont vu leur classification modifiée. Les 29 autres incluaient 10 établissements contenant 1 515 lits qui, d'après l'expert-conseil, auraient dû être classés dans la catégorie D plutôt que dans la catégorie C et qui auraient donc dû être rénovés. Les rénovations de ce genre sont généralement financées par le ministère.

À la fin de 2001, seulement 42 % des exploitants d'établissements de catégorie D avaient accepté de reconstruire leurs établissements pour qu'ils soient conformes aux normes de conception de 1998. Ils seraient admissibles à une prime quotidienne maximale de 10,35 $ par lit pendant 20 ans. En décembre 2001, le ministère a instauré un nouveau programme afin d'encourager les exploitants d'établissements de catégorie D à entreprendre des rénovations. Ces exploitants pouvaient également :

- adapter l'établissement pour qu'il soit conforme aux critères de conception de base de 1998. Les exploitants seraient admissibles à une prime quotidienne variant entre 7 $ et 10,35 $ par lit pendant 20 ans;
- moderniser l'établissement pour qu'il soit conforme à tous les critères de classification structurelle de la catégorie C ou dépenser au moins 3 500 $ par lit. L'exploitant aurait alors droit à une prime de conformité structurelle de 1 $ par lit et par jour pendant 20 ans.

Ces exploitants seraient admissibles à un soutien financier additionnel au titre des coûts inévitables propres aux projets de réaménagement et d'adaptation. L'admissibilité serait évaluée au cas par cas. À la fin de la vérification, le ministère avait reçu de tous les exploitants d'établissements de catégorie D des engagements à reconstruire, à adapter ou à moderniser leurs établissements.

Les exploitants des établissements de catégorie A, B et C reçoivent une prime quotidienne de conformité structurelle à titre de compensation pour les améliorations structurelles antérieures. Des montants plus élevés sont versés aux établissements qui se rapprochent davantage des normes de conception de 1998 et qui n'ont pas reçu de subventions de la province pour construire leurs établissements.

En ce qui concerne les primes de conformité structurelle, le personnel de vérification a noté ce qui suit :

- La province ayant financé 50 % des coûts de construction originaux des foyers municipaux et de bienfaisance, les primes quotidiennes pour ces établissements semblent avoir été réduites de 50 %. Les primes n'ont pas été réduites pour les maisons de soins infirmiers qui, avant 1996, ont été partiellement dédommagées des coûts de construction par le biais du service de la dette et des primes de conformité.
- Le personnel du ministère ne pouvait pas expliquer la politique selon laquelle les foyers municipaux et de bienfaisance de catégorie A ne reçoivent que

30 % des primes versées aux maisons de soins infirmiers, contre 50 % pour les établissements de catégorie B et C.

- Tous les établissements de catégorie D reclassés dans la catégorie C après des travaux de rénovation avaient droit à une prime de 1 $, même si la majorité étaient des foyers municipaux ou de bienfaisance et ne pouvaient toucher qu'une prime de 0,50 $. Le ministère ne pouvait pas justifier cette différence.

Le vérificateur a recommandé au ministère de s'assurer que tous les établissements étaient classés de façon appropriée, d'examiner les primes de conformité structurelle pour s'assurer qu'elles étaient équitables et qu'elles atteignaient leur but et d'envisager des mesures afin d'encourager les exploitants à rénover leurs établissements et à passer ainsi à une catégorie supérieure[9].

Audiences du Comité

Le ministère est en train d'élaborer des politiques sur la gestion des biens et le renouvellement des établissements qui feront en sorte que les fonds versés au titre de la conformité structurelle sont équitables et que les exploitants des établissements sont encouragés à se conformer aux nouvelles normes de conception[10].

Projet pour les établissements de catégorie D

Le programme pour les établissements de catégorie D a été lancé en 1998 comme programme d'aménagement visant la reconstruction de 16 000 lits. Étant donné qu'un grand nombre de ces établissements n'avaient pas les fonds nécessaires pour procéder à un réaménagement intégral, une composante d'adaptation a été créée. Elle permettait à un établissement de catégorie D de se conformer à la plupart des normes de 1998, mais selon une échelle mobile; il s'agissait d'adapter l'espace existant. Ils avaient le choix d'une fourchette, mais dans l'ensemble ils devaient se conformer aux normes de 1998.

Une troisième composante a été prévue pour les organismes qui ne pouvaient pas se permettre d'adapter ou de réaménager leur établissement. Ils devaient s'engager à dépenser au moins 3 500 $ par lit pour moderniser leur établissement afin qu'il soit conforme aux normes de 1972. Le ministère leur a aussi recommandé des façons d'améliorer l'efficacité de leur exploitation de façon à pouvoir procéder à un réaménagement lorsque le gouvernement annoncerait un autre programme pour les établissements de catégorie B et C.

Le ministère respecte son échéancier pour les lits de catégorie D soumis pour la période allant jusqu'à 2006. Avant la fin de mars 2003, il prévoyait avoir reconstruit 3 400 lits, en avoir quelque 3 500 en voie d'appel d'offres ou de construction et 5 600 autres soumis au programme d'approbation municipal.

---

[9] Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 153-155.
[10] Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 269.

Un seul organisme procédera à une adaptation. Trois autres ont plutôt décidé de réaménager leur établissement et onze organisations ont opté pour la modernisation. Les projets de modernisation doivent être terminés avant décembre 2003[11].

Primes de conformité structurelle

Le Comité a demandé au personnel du ministère les raisons pour lesquelles la prime des foyers municipaux et de bienfaisance avait été réduite de 50 % contrairement à celle des maisons de soins infirmiers privées qui, avant 1996, ont été partiellement dédommagées des coûts de construction par la province par le biais du service de la dette et des primes de conformité.

Avant 1998, la construction d'un nouveau foyer municipal ou de bienfaisance ou d'une annexe comportait une subvention : la province versait 50 % sans plafond tandis que le propriétaire-exploitant versait l'autre moitié. Le secteur des maisons de soins infirmiers ne bénéficiait d'aucun engagement financier pour la construction de ces établissements. Lorsque le ministère a instauré le programme de primes de conformité structurelle, il estimait qu'il avait déjà versé une contribution puisqu'il avait payé la moitié des coûts de construction des foyers municipaux et de bienfaisance. Par conséquent, il verserait aux maisons de soins infirmiers la moitié du montant octroyé dans le cadre du nouveau programme parce qu'il n'avait pas contribué au paiement de leurs coûts de construction[12].

Renseignements supplémentaires

En plus des renseignements figurant dans la section 6.1.2, le Comité a appris que les primes de conformité structurelle des établissements sans but lucratif avaient été réduites de 50 % parce que ceux-ci, avant le 1er avril 1998, étaient admissibles au financement des coûts de construction fourni par le ministère (et avant cela, le ministère des Services sociaux et communautaires, devenu le ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance) selon une formule à partage égal pour les établissements nouveaux et reconstruits. La prime de 50 % serait de nouveau réduite si ces établissements recevaient du financement d'autres paliers de gouvernement.

Le personnel du ministère a également expliqué au Comité l'inéquité apparente de la politique selon laquelle les foyers municipaux et de bienfaisance de catégorie A ne reçoivent que 30 % des primes versées aux maisons de soins infirmiers, contre 50 % pour les établissements de catégorie B et C. La prime de conformité structurelle à laquelle tous les établissements sont admissibles est fondée sur la contribution des divers paliers de gouvernement et sur la contribution nette de l'exploitant aux coûts de construction originaux (en d'autres termes, plus l'exploitant assume une part importante des coûts de construction, plus la prime à laquelle il est admissible est élevée). La prime de conformité sert à compenser les coûts de financement assumés par les exploitants. Par exemple, si un exploitant avait financé lui-même 70 % des coûts de construction d'un nouvel établissement

[11] Ibid., p. 276 et 285 - 287.
[12] Ibid., p. 301 - 302.

de catégorie A avant le 1er avril 1998 et qu'il avait reçu la dernière tranche de 30 % d'autres paliers de gouvernement, il aurait touché une prime de 2,10 $ par pensionnaire par jour[13].

Le Comité fait remarquer que la seconde réponse ci-dessus n'explique pas pourquoi les foyers municipaux et de bienfaisance de catégorie A ne reçoivent que 30 % de la prime versée aux maisons de soins infirmiers, tandis que les établissements de catégorie B et C reçoivent la moitié de cette prime.

[13] Pièce jointe à la lettre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en date du 23 avril 2003, p. 7.